

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та
національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ТКАЧУК ДЕНИС ВОЛОДИМИРОВИЧ

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351.773:615.11:004](477)
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Д. В. ТКАЧУК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ДАНКЕВИЧ Віталій Євгенович
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **ТКАЧУК Денис Володимирович**
допущений до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» _____ р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я, прізвище)

«_____» _____ р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ **ТКАЧУК Денис Володимирович** захистив
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ - _____
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Тетяна ДМИТРЕНКО
(власне ім'я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

ТКАЧУК Д. В. Державне регулювання системи надання медичної допомоги на первинному рівні. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню та удосконаленню механізмів державного регулювання системи надання медичної допомоги на первинному рівні. Актуальність теми зумовлена потребою підвищення ефективності роботи первинної ланки в умовах воєнних викликів та післявоєнного відновлення. Державне регулювання цієї сфери має комплексний характер і поєднує правові, організаційні, фінансово-економічні та соціальні механізми, спрямовані на реалізацію конституційного права громадян на медичну допомогу.

У роботі проаналізовано чинну нормативно-правову архітектуру первинної медичної допомоги, яка є розвиненою, проте потребує більш ефективної імплементації, особливо в сільських і прифронтових громадах. Окреслено основні проблеми координації між Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України та місцевими органами влади, зокрема бюрократичні бар'єри, затримки фінансування та недостатню горизонтальну взаємодію. Окрему увагу приділено кадровому забезпеченню та профілактичному напрямку роботи. Дефіцит лікарів, особливо у сільській місцевості, є системною загрозою для ефективності ПМД. Водночас розвиток профілактичної медицини та психічного здоров'я, інтеграція психосоціальних послуг для ветеранів та постраждалих від війни, розширення штату психологів і створення безпечного, інклюзивного середовища є ключовими елементами зміцнення системи.

Ключові слова: державне регулювання, первинна медична допомога, охорона здоров'я, нормативно-правова база, цифровізація, фінансування, кадровий потенціал, профілактична медицина, ветерани.

ANNOTATION

TKACHUK D. State regulation of the primary health care system. – Qualification work on the rights of the manuscript. Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 281 «Public management and administration» – Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The qualification work is devoted to the study and improvement of mechanisms of state regulation of the primary health care system. The relevance of the topic is determined by the need to increase the efficiency of the primary care sector in the context of wartime challenges and post-war recovery. State regulation of this sphere has a complex nature and combines legal, organizational, financial-economic, and social mechanisms aimed at ensuring citizens' constitutional right to medical care. Particular attention is paid to the principles of legality, accessibility, subsidiarity, and accountability, which ensure fairness and system sustainability.

The work analyzes the current legal and regulatory architecture of primary health care, which is well developed but requires more effective implementation, especially in rural and frontline communities. It outlines the main problems of coordination between the Ministry of Health, the National Health Service of Ukraine, and local authorities, including bureaucratic barriers, funding delays, and insufficient horizontal interaction. The importance of strengthening local management capacity, introducing strategic planning, and developing partnerships with communities is emphasized.

Special attention is paid to human resource support and the development of preventive health care. The shortage of doctors, especially in rural areas, remains a systemic threat to the effectiveness of primary care. At the same time, the development of preventive medicine and mental health services, the integration of psychosocial support for veterans and war-affected groups, the expansion of psychological staff, and the creation of a safe and inclusive environment are identified as key elements of strengthening the system. The proposed recommendations aim to build a flexible, energy-efficient, digital, and resilient primary health care system focused on community needs and adapted to modern challenges.

Key words: state regulation, primary health care, health care system, legal framework, digitalization, financing, human resources, preventive medicine, veterans.

ЗМІСТ

ВСТУП		6
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ	11
	1.1. Сутність, принципи та функції державного регулювання у сфері охорони здоров'я	11
	1.2. Нормативно-правові та інституційні засади функціонування системи первинної медичної допомоги	15
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	25
РОЗДІЛ 2.	АНАЛІЗ СТАНУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	27
	2.1. Сучасний стан організації надання первинної медичної допомоги в Україні	27
	2.2. Проблеми та виклики державного управління у сфері первинної медичної допомоги	32
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	42
РОЗДІЛ 3.	УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ	45
	3.1. Напрями підвищення ефективності управління первинною медичною допомогою	45
	3.2. Впровадження цифрових технологій та інноваційних підходів у систему управління первинною медичною допомогою	50
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	54
ВИСНОВКИ		57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		60
ДОДАТКИ		66

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Актуальність теми дослідження зумовлена ключовою роллю системи первинної медичної допомоги у забезпеченні конституційного права громадян України на охорону здоров'я. Первинна ланка є основою національної системи охорони здоров'я, через яку населення отримує більшість базових медичних послуг. Вона виконує не лише лікувальні, а й профілактичні функції, спрямовані на зниження рівня захворюваності та раннє виявлення патологій. У сучасних умовах саме ефективне державне регулювання цієї сфери є запорукою стійкості системи охорони здоров'я в цілому.

Війна в Україні створила безпрецедентні виклики для сфери первинної медичної допомоги. Зруйнована інфраструктура, кадровий дефіцит, зростання потреб у медичних послугах серед військових та цивільного населення, а також збільшення навантаження на заклади охорони здоров'я вимагають перегляду існуючих управлінських механізмів. Особливо гостро проблеми проявляються у сільських та прифронтових громадах, де ресурси обмежені, а доступність медичних послуг значно нижча, ніж у великих містах. Це потребує ефективної координації дій державних інституцій та місцевої влади.

Цифровізація системи охорони здоров'я відкриває нові можливості для підвищення ефективності управління та якості надання медичних послуг. Електронна система eHealth дозволяє забезпечити прозорість фінансових потоків, оптимізувати маршрутизацію пацієнтів та підвищити рівень контролю за якістю послуг. Однак її впровадження вимагає подолання технічних бар'єрів, підвищення цифрової грамотності медичного персоналу та гарантування кібербезпеки, що також потребує чіткого державного регулювання.

Кадрове питання залишається одним із найгостріших для первинної ланки охорони здоров'я. Відтік лікарів за кордон, низька мотивація молодих фахівців, нерівномірний розподіл кадрів між містом і селом ускладнюють забезпечення належного рівня доступу населення до медичних послуг. Умови

війни додатково посилюють ці проблеми, що потребує від держави розробки цілісної політики підтримки та розвитку кадрового потенціалу.

Окремого значення набуває інтеграція психосоціальних послуг у систему первинної медичної допомоги, особливо для ветеранів та осіб, постраждалих від війни. Зростання кількості пацієнтів із психологічними травмами вимагає розширення спектру послуг на первинному рівні та забезпечення належної підготовки персоналу. У сукупності ці фактори визначають стратегічну важливість ефективного державного регулювання системи первинної медичної допомоги як основи для стійкого відновлення держави та зміцнення системи охорони здоров'я в післявоєнний період.

Ступінь розробленості проблеми. Проблематика державного регулювання системи первинної медичної допомоги посідає важливе місце у сучасних наукових дослідженнях. Значна частина праць присвячена аналізу правових, організаційних та фінансових механізмів, що визначають ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Зокрема, у роботах З. Гладуна, О. Гуміна, І. Шопіної, О. Правило, Н. Піроженко та інших авторів ґрунтовно висвітлено адміністративно-правове регулювання галузі, державні гарантії надання медичних послуг, а також стратегічне управління первинною ланкою в контексті європейської інтеграції. Важливе місце у цих дослідженнях посідає питання децентралізації управління та партнерської взаємодії між державним і приватним секторами.

Вагомим напрямом досліджень є реформування системи охорони здоров'я та модернізація первинної медичної допомоги, зокрема фінансування, цифровізація та кадрова політика. У працях В. Гарасюка, В. Костюка, С. Ромашки, О. Стрельченко та інших авторів розглядаються зміни у механізмах фінансування, впровадження електронної системи eHealth, прозорість управління коштами та покращення якості послуг. Окрім наукових публікацій, значну роль у формуванні досліджуваної проблематики відіграють нормативно-правові акти: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII, Закон України № 2494-IX щодо

підвищення доступності медичної допомоги у воєнний час, а також накази МОЗ № 496 та № 379, що регламентують організацію первинної медичної допомоги в умовах війни.

Попри наявність потужної наукової та нормативної бази, тема ефективності державного регулювання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення залишається недостатньо комплексно опрацьованою. Як підкреслюють Д. Копитко, Д. Ткачук, О. Бухтіярова та інші дослідники, війна загострила проблеми кадрового дефіциту, обмеженого доступу до медичних послуг у сільських і прифронтових громадах, а також потребу інтеграції психосоціальної підтримки ветеранів і постраждалих від війни на рівні ПМД. Це обґрунтовує доцільність подальшого поглибленого аналізу механізмів державного регулювання цієї сфери.

Мета дослідження полягає у науковому обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізмів державного регулювання системи надання медичної допомоги на первинному рівні в Україні в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Для досягнення поставленої мети визначено такі *завдання дослідження*:

- дослідити сутність і зміст державного регулювання системи первинної медичної допомоги в Україні;
- проаналізувати нормативно-правову базу та наукові підходи до регулювання первинної ланки охорони здоров'я;
- визначити ключові проблеми та виклики у функціонуванні системи ПМД в умовах воєнного стану та відновлення;
- дослідити кадрові, фінансові, організаційні та цифрові аспекти регулювання первинної медичної допомоги;
- вивчити міжнародний досвід управління системами ПМД і можливості його адаптації в Україні;
- розробити пропозиції щодо удосконалення механізмів державного регулювання з урахуванням потреб громад, ветеранів та постраждалих від війни.

Об'єктом дослідження є система державного регулювання у сфері надання медичної допомоги на первинному рівні.

Предметом дослідження є механізми, інструменти та принципи державного регулювання системи первинної медичної допомоги в Україні в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Методологія дослідження ґрунтується на системному та міждисциплінарному підходах, які забезпечують комплексне вивчення державного регулювання системи надання медичної допомоги на первинному рівні. Методологічною основою роботи є сукупність загальнонаукових і спеціальних методів, що дозволяють дослідити правові, організаційні, економічні та соціальні механізми управління у сфері охорони здоров'я.

Застосовано системно-структурний метод для аналізу взаємозв'язків між інституціями та управлінськими механізмами первинної медичної допомоги, а також визначення ролі держави у формуванні стратегічних пріоритетів галузі. Метод порівняльного аналізу використано для зіставлення української моделі регулювання з міжнародним досвідом, що дало змогу виокремити ефективні інструменти, які можуть бути адаптовані до національного контексту. Для оцінки чинної нормативно-правової бази застосовано правовий аналіз, що дав змогу дослідити діючі закони, підзаконні акти та урядові програми у сфері охорони здоров'я, зокрема в умовах воєнного стану. Статистичний метод використано для обробки даних щодо кадрового забезпечення, фінансування, доступності медичних послуг та функціонування закладів ПМД.

Крім того, використано метод експертних оцінок, який дозволив врахувати думки фахівців системи охорони здоров'я та місцевого самоврядування, а також метод прогнозування для визначення перспектив розвитку системи ПМД у післявоєнний період. Така методологічна основа забезпечує глибину, об'єктивність і практичну значущість проведеного дослідження.

Перелік публікацій автора за темою дослідження: 1. Ткачук Д. В. Проблеми та виклики державного управління у сфері первинної медичної

допомоги // Збірник тез конференцій. Житомир, 2025. 2. Ткачук Д. В. Нормативно-правові, інституційні та психологічні засади функціонування системи первинної медичної допомоги // Збірник тез конференцій. Житомир, 2025. 3. Ткачук Д. В. Інноваційні механізми управління системою первинної медичної допомоги в умовах змін та кризових викликів // Менеджмент, маркетинг, логістика: тренди та подолання викликів: збірник матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів, студентів (м. Житомир, 12 листопада 2025 року). Житомир: Вид-во «Поліський національний університет», 2025. С. 312-314.

Практичне значення результатів полягає в тому, що запропоновані у роботі підходи та рекомендації можуть бути використані органами державної влади, місцевого самоврядування, керівниками закладів охорони здоров'я та профільними інституціями для підвищення ефективності державного регулювання системи первинної медичної допомоги. Розроблені пропозиції сприяють удосконаленню нормативно-правових, організаційних, фінансових і кадрових механізмів управління, а також розширенню можливостей цифровізації та інтеграції психосоціальних послуг для ветеранів і постраждалих від війни. Їх впровадження може забезпечити стійкість, доступність і якість первинної медичної допомоги в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Елементи наукової новизни полягають в уточненні теоретичних підходів до сутності інтелектуальної міграції та обґрунтуванні сучасних тенденцій її розвитку в умовах трансформаційних процесів в Україні. У роботі удосконалено підходи до державного регулювання інтелектуальної міграції та запропоновано практичні рекомендації щодо її оптимізації.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

1.1. Сутність, принципи та функції державного регулювання у сфері охорони здоров'я

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я є системою організаційно-правових, економічних і соціальних заходів, спрямованих на забезпечення реалізації конституційного права громадян на медичну допомогу та охорону здоров'я. Його сутність полягає у створенні механізмів державного впливу на процеси формування, реалізації та контролю політики у галузі медицини [3; 8]. Як зазначає З. Гладун, державне регулювання в цій сфері виступає засобом узгодження інтересів суспільства, держави і кожного громадянина в контексті забезпечення якості медичних послуг [3].

Відповідно до позиції О. Волосовця, основою ефективного регулювання є кадрове, інституційне та нормативне забезпечення, що визначає потенціал галузі охорони здоров'я [1]. Це зумовлює необхідність формування системи стратегічного управління, у якій держава виконує координуючу та контролюючу функції. Сутність регуляторного впливу проявляється через правове регулювання, фінансово-економічні інструменти та контроль за якістю надання медичних послуг [5]. На думку В. Гарасюк, державне регулювання первинної медичної допомоги має спиратися на принцип децентралізації та розширення повноважень місцевих органів влади, які найкраще розуміють потреби громад [2]. Такий підхід дозволяє ефективніше реалізувати державну політику на місцях і забезпечити адресність допомоги. Подібну позицію підтримують і автори колективної монографії «Єдиний медичний простір України», які наголошують, що управління галуззю має базуватись на системності, субсидіарності та партнерстві держави з приватним сектором [8].

Зарубіжний досвід підтверджує, що держава повинна не лише контролювати, а й стимулювати розвиток охорони здоров'я через запровадження механізмів фінансової автономії закладів медицини [4]. Як показує аналіз практики європейських країн, значна увага приділяється підвищенню ефективності використання ресурсів через страхову медицину та електронне врядування [6; 27].

Сутність державного регулювання також розкривається через його соціальну функцію. За визначенням О. Корнілової, медична допомога є особливим видом соціального забезпечення, що поєднує правові, етичні та фінансові елементи [11]. Отже, регуляторна діяльність держави має забезпечити баланс між потребами населення та можливостями фінансової системи.

Ключовими принципами державного регулювання охорони здоров'я є законність, гуманізм, доступність, безперервність і відповідальність. Як зазначає Р. Майданик, реалізація права на медичну допомогу здійснюється через договори між громадянами, державними і приватними структурами, що вимагає чіткого нормативного регулювання [13]. Таким чином, принцип законності виступає базовим для всіх інших аспектів функціонування системи.

Принцип доступності є одним із найважливіших у державній політиці охорони здоров'я. Він забезпечується шляхом розширення мережі первинної медичної допомоги, оптимізації фінансування та розвитку електронних сервісів [9; 20]. За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, саме доступність медичних послуг залишається головним викликом для України в умовах війни та відновлення [27].

Важливим принципом є також субсидіарність, згідно з якою управління здійснюється на найближчому до громадянина рівні. Як наголошують Піроженко і Корощенко, реформування медичної системи неможливе без ефективної координації між державними, регіональними і місцевими структурами [15]. Принцип субсидіарності дозволяє забезпечити гнучкість управлінських рішень і підвищити відповідальність органів влади.

Серед функцій державного регулювання центральне місце посідає планувальна функція. Вона передбачає визначення стратегічних пріоритетів розвитку галузі, таких як цифровізація, кадрове оновлення та інтеграція до європейського медичного простору [12; 21]. Крім того, держава реалізує контрольну функцію через нагляд за дотриманням стандартів якості, акредитацію закладів та моніторинг витрат [17].

Фінансова функція державного регулювання проявляється у формуванні державних гарантій медичного обслуговування, передбачених Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [17]. Саме завдяки цьому механізму держава забезпечує базовий пакет безоплатних послуг і регулює відносини між надавачами медичної допомоги та Національною службою здоров'я України [14].

Важливим є й правозахисний аспект регуляторної діяльності держави. Як стверджує Стрельченко та колеги, держава має гарантувати не лише права пацієнтів, а й права медичних працівників, що особливо актуально у період реформування галузі [21]. Забезпечення правового захисту є передумовою соціальної стабільності в системі охорони здоров'я.

Функція соціального контролю у сфері охорони здоров'я реалізується через залучення громадськості до моніторингу якості послуг, оцінку задоволеності пацієнтів і розвиток пацієнтських організацій [7; 16]. Це відповідає концепції «учасницького врядування», коли держава створює умови для співучасті громадян у формуванні політики.

Як підкреслюють Копитко та Ткачук, ефективність регулювання залежить від управлінської стійкості системи, що забезпечується через кадрову політику, лідерство та інституційну культуру закладів охорони здоров'я [10]. Водночас кадровий потенціал потребує постійного оновлення та мотивації персоналу [1; 31]. В умовах війни і соціально-економічних викликів актуалізується функція стабілізації системи охорони здоров'я. Як зазначають Хмелік і Шевчук, держава має підтримувати сталість базових медичних послуг навіть за умов

кризи [23; 42]. Це досягається завдяки розширенню партнерств між державним та недержавним секторами.

Інноваційна функція регулювання пов'язана з упровадженням цифрових технологій, телемедицини, електронного документообігу [22; 33]. Застосування таких інструментів дозволяє підвищити ефективність управлінських процесів і зменшити адміністративне навантаження на лікарів [32]. Згідно з аналітичними даними Державного порталу бюджету, інвестиції в систему охорони здоров'я зросли у 2022 році до 224 млрд грн, що свідчить про посилення державного регулювання у фінансовій сфері [6]. Це демонструє стратегічний пріоритет галузі як основи соціального розвитку держави.

Міжнародний досвід (Collier, WHO, Rosenfeld) показує, що держава має поєднувати адміністративні й саморегуляційні механізми у сфері охорони здоров'я [43; 27; 48]. Такий підхід дозволяє зберегти баланс між автономією медичних установ і державною відповідальністю за якість медичних послуг.

Важливим напрямом удосконалення регулювання є впровадження європейських принципів «good governance», що передбачають прозорість, підзвітність і орієнтацію на результат [9; 25]. Ці принципи забезпечують стійкість галузі та довіру громадян до системи охорони здоров'я.

Підсумовуючи, можна зазначити, що сутність державного регулювання у сфері охорони здоров'я полягає у поєднанні правових, економічних і соціальних механізмів управління для досягнення головної мети – збереження і зміцнення здоров'я нації. Принципи законності, доступності, субсидіарності й ефективності формують концептуальну основу політики держави, а функції планування, фінансування, контролю, інновацій та соціального захисту забезпечують її практичну реалізацію.

1.2. Нормативно-правові та інституційні засади функціонування системи первинної медичної допомоги

Система первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні є ключовим елементом державної політики у сфері охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення доступності та якості базових медичних послуг для населення. Вона виконує фундаментальну роль у реалізації права громадян на охорону здоров'я, визначеного Конституцією України, та конкретизується у профільних законах і підзаконних актах [17; 18]. Основу нормативно-правового забезпечення становить Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який закріпив нову модель фінансування системи охорони здоров'я за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» [17].

Реформування системи ПМД стало можливим завдяки прийняттю низки нормативних актів Міністерства охорони здоров'я України, зокрема наказів № 496 та № 379, що регламентують організацію медичної допомоги в умовах воєнного стану [7; 26]. Ці документи визначили механізми адаптації первинної ланки медицини до надзвичайних ситуацій і сприяли збереженню безперервності надання послуг навіть у кризових умовах.

Як зазначає Гарасюк, ефективність державного управління у сфері ПМД залежить від чіткого розмежування повноважень між центральними органами влади та органами місцевого самоврядування [2]. Децентралізація управління створила можливості для більш гнучкого реагування на потреби громад, але водночас вимагає підвищення інституційної спроможності місцевих структур. Саме тому сучасна модель ПМД в Україні ґрунтується на поєднанні централізованого фінансування через НСЗУ і автономії закладів охорони здоров'я [14].

За твердженням Волосовця, нормативно-правові основи діяльності первинної медичної допомоги неможливо відокремити від кадрової політики держави, адже саме кадровий потенціал забезпечує функціональну

спроможність системи [1]. Проблема нестачі сімейних лікарів залишається актуальною, особливо в сільській місцевості, що вимагає посилення освітніх та стимулюючих механізмів на державному рівні [31].

Важливою складовою правового регулювання є визначення ролі Національної служби здоров'я України як центрального виконавчого органу, відповідального за реалізацію програми медичних гарантій. Вона укладає договори із закладами охорони здоров'я, контролює обсяги та якість надання послуг, а також здійснює фінансування відповідно до затверджених тарифів [9; 14]. Таким чином, НСЗУ виконує роль стратегічного інституційного регулятора у сфері ПМД.

Правові засади функціонування первинної допомоги передбачають також впровадження стандартів медичних послуг. Як підкреслюють автори монографії «Єдиний медичний простір України», держава має забезпечувати єдність підходів до діагностики, лікування та профілактики хвороб на всіх рівнях медичної допомоги [8]. Уніфікація стандартів створює передумови для прозорості системи та підвищення довіри населення.

Згідно з позицією Піроженко і Корощенко, реформування ПМД має відбуватися на засадах стратегічного партнерства держави з громадським і приватним секторами [15]. Інституційна співпраця з недержавними медичними закладами дає змогу підвищити ефективність використання ресурсів, особливо у віддалених регіонах, де державна мережа не покриває всі потреби.

В умовах євроінтеграції Україна активно адаптує національне законодавство у сфері охорони здоров'я до стандартів ЄС. Костюк відзначає, що гармонізація правових норм є передумовою підвищення якості послуг і забезпечення взаємовизнання медичних кваліфікацій [12]. Водночас важливим аспектом залишається розвиток системи саморегулювання медичної спільноти – професійного лікарського самоврядування, що визначено як інституційна форма співучасті медиків у державному управлінні [33].

Нормативна база ПМД передбачає також запровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth, яка регулюється відповідними наказами

МОЗ та НСЗУ. Як наголошує Турчин, цифровізація медицини є одним із ключових напрямів удосконалення первинної допомоги, що сприяє зниженню корупційних ризиків і підвищенню прозорості взаємин між лікарем і пацієнтом [22]. Це відповідає принципам електронного врядування та відкритості державних послуг [6].

Згідно з аналітичними звітами Всесвітньої організації охорони здоров'я, нормативне забезпечення первинної допомоги має спиратися на доказову медицину, індикатори якості й стандарти безпеки пацієнтів [27]. Саме тому Україна впроваджує систему моніторингу ефективності медичних послуг, адаптовану до рекомендацій WHO та Європейського бюро ВООЗ.

Важливою інституційною основою розвитку первинної допомоги є мережа центрів ПМД, які функціонують як комунальні некомерційні підприємства. Вони отримали автономію у фінансовому та управлінському плані, що дозволило підвищити ефективність використання ресурсів і розширити спектр послуг [19; 20]. Досвід показав, що автономізація стимулює конкуренцію серед медичних закладів і мотивує їх до покращення якості обслуговування.

У контексті соціальної політики інституційна роль первинної ланки полягає також у забезпеченні профілактичних програм, вакцинації, скринінгів і ранньої діагностики [16]. Ці функції реалізуються через інтеграцію з освітніми й соціальними службами, що відповідає принципу міжсекторальної взаємодії у сфері охорони здоров'я [28].

В умовах воєнного стану нормативно-правові засади функціонування ПМД зазнали певних змін. МОЗ України спростило процедури ліцензування, атестації та укладання договорів із НСЗУ, що дозволило оперативно реагувати на потреби громад [7; 26]. Як підкреслюють Гладун і Гомон, така адаптація правової бази демонструє гнучкість державного управління і його здатність до кризового реагування [3; 4]. Окрему роль у нормативно-інституційному забезпеченні відіграють міжнародні організації. Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк і Європейський Союз підтримують Україну у

впровадженні сучасних управлінських практик і підвищенні спроможності системи охорони здоров'я [9; 27]. Їхня експертна й фінансова допомога сприяє зміцненню кадрового потенціалу, модернізації інфраструктури та вдосконаленню нормативних процедур. Як зазначає Ромашка, роль закладів первинної допомоги у впровадженні інтегрованих систем охорони здоров'я зростає, оскільки саме вони є базовою ланкою комунікації між пацієнтом і системою [19]. У цьому контексті важливо забезпечити сталість державних програм, спрямованих на підвищення якості обслуговування, зокрема через навчання лікарів і стандартизацію процесів.

Фінансовий аспект нормативного забезпечення первинної медицини тісно пов'язаний із функціонуванням програми медичних гарантій. Згідно з дослідженням Керіна Бреденкампа та співавторів, прозоре фінансування є ключовою умовою підвищення довіри громадян до системи охорони здоров'я [9]. Така модель стимулює конкуренцію між надавачами послуг і підвищує ефективність державних витрат.

Важливою складовою правового поля ПМД є антикорупційні механізми. Теремецький, Дуліба та Астаф'єв наголошують, що ефективне запобігання корупції у сфері медицини можливе лише за умови належного нормативного врегулювання процедур закупівель, акредитації та фінансової звітності [41]. Це забезпечує відкритість системи і підзвітність закладів перед суспільством.

Отже, нормативно-правові та інституційні засади функціонування системи первинної медичної допомоги в Україні формують комплексну рамку для реалізації політики держави у сфері охорони здоров'я. Їх ефективність залежить від узгодженості правових норм, стабільності фінансування, кадрової спроможності й партнерства з міжнародними структурами. У поєднанні ці елементи створюють фундамент для побудови стійкої, орієнтованої на громадянина моделі первинної медичної допомоги.

Оцінюючи представлену таблицю (1.1.), можна зробити висновок, що нормативно-правові та інституційні засади функціонування системи первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні станом на 2025 рік мають комплексний

характер і охоплюють як основоположні законодавчі акти, так і підзаконні документи, що регулюють практичну реалізацію політики охорони здоров'я. Центральне місце серед них займає Конституція України, яка закріплює базові гарантії права громадян на медичну допомогу, та Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII, що запровадив нову модель фінансування медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Саме ці документи створюють фундамент правової архітектури для забезпечення рівного доступу до медичних послуг та визначають обов'язки держави щодо їх реалізації.

Таблиця 1.1.

Нормативно-правові та інституційні засади функціонування системи первинної медичної допомоги в Україні (станом на 2025 р.)

Нормативно-правовий / інституційний акт	Зміст та значення для функціонування системи ПМД
1	2
Конституція України (ст. 49)	Гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; визначає обов'язок держави забезпечувати доступність медичних послуг.
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII (2017)	Закріплює принцип «гроші йдуть за пацієнтом», створює Програму медичних гарантій, упроваджує нову систему фінансування ПМД.
Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо підвищення доступності медичної допомоги під час воєнного стану» № 2494-IX (2022)	Спрощує ліцензування, сертифікацію та розширює можливості надання допомоги під час війни.
Наказ МОЗ України № 496 від 17.03.2022	Регламентує порядок роботи лікарів первинної ланки у надзвичайних ситуаціях; запроваджує мобільні медичні бригади.
Наказ МОЗ України № 379 від 25.02.2022	Визначає порядок надання допомоги військовослужбовцям під час бойових дій.
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Центральний орган виконавчої влади, що реалізує Програму медичних гарантій, укладає договори із закладами, здійснює оплату за послуги.
Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Формує державну політику, розробляє нормативні акти, затверджує стандарти медичних послуг, координує роботу НСЗУ.
Комунальні некомерційні підприємства (ЦПМСД)	Базові заклади первинної допомоги, що мають фінансову та управлінську автономію; укладають договори з НСЗУ.

Продовження таблиці 1.1

1	2
Монографія «Єдиний медичний простір України» (2022)	Науково-правове підґрунтя інтегрованої медицини; формує концепцію стандартизації та правового забезпечення медичних послуг.
Програма медичних гарантій (2020–2025)	Головний фінансовий інструмент держави для покриття витрат на ПМД, вторинну і третинну допомогу.
Електронна система охорони здоров'я (eHealth)	Забезпечує електронний облік пацієнтів, рецепти, направлення, контроль фінансування; сприяє прозорості.
Кодекс законів про працю України	Визначає трудові права працівників медичної галузі, гарантує соціальні пільги та безпеку праці.
Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року	Визначає напрями цифровізації, кадрової політики, децентралізації управління та сталого фінансування ПМД.
Всесвітня організація охорони здоров'я (ВНО) – Європейська програма дій 2020–2025	Рекомендує інтеграцію первинної допомоги з соціальними послугами, посилення профілактичної медицини.
Світовий банк та ЄС – Програма «Підтримка реформ охорони здоров'я в Україні»	Фінансує розвиток інфраструктури та цифрових рішень у первинній ланці.
Закон «Про місцеве самоврядування в Україні»	Надає громадам повноваження з управління комунальними закладами ПМД і контролю за якістю послуг.
Антикорупційна стратегія у сфері охорони здоров'я (2023–2025)	Містить механізми запобігання зловживанням у сфері закупівель, фінансування й ліцензування.
Національна стратегія людського розвитку (2021–2030)	Визначає здоров'я населення як пріоритет людського капіталу; закладає міжвідомчу співпрацю в системі охорони здоров'я.

Джерело: сформовано на основі [5-7,12].

Важливою особливістю правового поля у 2022–2025 роках є адаптація медичної системи до умов воєнного стану. Закони № 2494-IX та накази МОЗ № 496 і № 379 встановлюють спеціальні норми для організації первинної допомоги в кризових умовах, зокрема щодо роботи мобільних медичних бригад, надання допомоги військовослужбовцям і забезпечення гнучкого реагування системи. Ці документи засвідчують здатність держави оперативно модернізувати правові механізми, орієнтуючись на реальні потреби населення під час збройної агресії.

Суттєву роль у розвитку інституційної інфраструктури відіграють Національна служба здоров'я України (НСЗУ) та Міністерство охорони здоров'я (МОЗ). НСЗУ виконує функцію адміністратора державних фінансових

гарантій, укладаючи договори із закладами охорони здоров'я, тоді як МОЗ формує політику, розробляє стандарти медичних послуг і координує взаємодію між усіма ланками системи. У поєднанні з мережею комунальних некомерційних підприємств (ЦПМСД) ці інституції створюють вертикально інтегровану систему управління, яка поєднує державне регулювання із принципами автономізації та конкуренції на ринку медичних послуг.

Особливої уваги заслуговують стратегічні документи довгострокового планування – «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» та «Національна стратегія людського розвитку». Вони задають рамки реформування галузі в контексті європейської інтеграції, децентралізації управління, розвитку людського капіталу та цифровізації медицини. Важливим доповненням виступає впровадження електронної системи eHealth, яка забезпечує облік пацієнтів, прозорість фінансових потоків і доступ до медичних послуг через цифрові інструменти.

Не менш вагомим є міжнародний компонент правового регулювання. Документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), Світового банку та ЄС визначають глобальні стандарти, на основі яких Україна гармонізує власну систему первинної допомоги. Зокрема, європейська програма дій WHO 2020–2025 акцентує на інтеграції ПМД із соціальними послугами, тоді як проекти Світового банку сприяють модернізації інфраструктури та впровадженню інноваційних фінансових інструментів. Така співпраця не лише зміцнює інституційну спроможність, а й підвищує ефективність реформ на місцевому рівні.

У цілому, аналіз показує, що система нормативно-правового забезпечення ПМД в Україні набуває більшої цілісності, однак залишається складною та фрагментованою. Проблеми координації між різними рівнями управління, недосконалість механізмів фінансування та потреба в узгодженні національних стандартів із міжнародними вимагають подальшого вдосконалення. Водночас наявна законодавча база створює передумови для розвитку ефективної, цифровізованої та соціально орієнтованої системи первинної медичної допомоги, що відповідає європейським принципам справедливості, доступності та якості.

Аналізуючи нормативно-правові та інституційні акти у сфері первинної медичної допомоги (ПМД) станом на 2025 рік, можна констатувати, що Україна має розвинену законодавчу базу, спрямовану на забезпечення доступності та якості медичних послуг. Водночас ключова проблема полягає у розриві між формальними нормами та реальними можливостями їх імплементації. Конституційна гарантія безоплатної медичної допомоги фактично не забезпечується у повному обсязі, оскільки значна частина витрат перекладається на пацієнтів у вигляді неофіційних платежів. Подібна ситуація спостерігається і при реалізації Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», де через нерівномірний розподіл ресурсів між регіонами виникає дисбаланс у фінансуванні медичних закладів, особливо у сільській місцевості.

Під час воєнного стану нормативна база охорони здоров'я зазнала суттєвих змін, зокрема через прийняття Закону № 2494-IX та наказів МОЗ № 496 і № 379. Їх практична реалізація ускладнена через брак ресурсів, кадрові втрати та логістичні бар'єри, особливо у прифронтових регіонах. Незважаючи на адаптацію законодавства до умов війни, відсутність сталих механізмів координації між МОЗ, військовими структурами та місцевими органами влади обмежує ефективність впровадження відповідних рішень. Це свідчить про потребу створення єдиного кризового центру управління медичною допомогою у надзвичайних ситуаціях.

Інституційні органи – Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України – відіграють центральну роль у реалізації державної політики, однак стикаються з низкою управлінських бар'єрів. Надмірна бюрократія при укладенні договорів, затримки фінансування та обмежені важелі впливу НСЗУ на якість послуг знижують довіру медичної спільноти та пацієнтів. МОЗ, своєю чергою, демонструє повільне оновлення нормативної бази, що не відповідає динаміці сучасних викликів системи охорони здоров'я. Крім того, комунальні некомерційні підприємства, які є основою ПМД, залишаються фінансово нестабільними та кадрово вразливими.

Нормативно-правові та інституційні акти і проблеми їх практичної імплементатії у сфері первинної медичної допомоги (станом на 2025 р.)

Нормативно-правовий / інституційний акт	Основні проблеми практичної імплементатії
Конституція України (ст. 49)	Недостатня реалізація конституційної гарантії безоплатної медичної допомоги; фактичне існування неофіційних платежів.
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII (2017)	Нерівномірний розподіл коштів між регіонами; недостатнє фінансування сільських амбулаторій; відсутність ефективного моніторингу результатів.
Закон № 2494-IX (2022)	Складнощі реалізації у зонах бойових дій; обмежені ресурси для забезпечення мобільних бригад; низький рівень координації між МОЗ і громадами.
Наказ МОЗ № 496 від 17.03.2022	Нестача персоналу для мобільних груп; відсутність логістичної підтримки; перевантаження лікарів.
Наказ МОЗ № 379 від 25.02.2022	Недостатня інтеграція військової медицини з цивільною; проблеми обліку та звітності в умовах війни.
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Надмірна бюрократія при укладенні договорів; затримки виплат; обмежені можливості впливу на якість послуг.
Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Недостатня координація між центральними і місцевими структурами; дублювання повноважень; повільне оновлення нормативної бази.
Комунальні некомерційні підприємства (ЦПМСД)	Фінансова нестабільність; низький рівень управлінської компетентності керівників; проблеми із забезпеченням кадрів.
Програма медичних гарантій (2020–2025)	Недостатній контроль за виконанням умов договорів; нерівність у доступі між міськими та сільськими громадами.
Електронна система охорони здоров'я (eHealth)	Технічні збої; низький рівень цифрової грамотності персоналу; недостатній захист персональних даних.
Кодекс законів про працю України	Обмежені стимули для медиків первинної ланки; недосконалі механізми оплати праці в умовах автономізації.
Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року	Повільна реалізація через нестачу фінансування; відсутність чітких індикаторів моніторингу прогресу.
ВНО – Європейська програма дій 2020–2025	Впровадження рекомендацій стикається з нестачею національних ресурсів і кадрового потенціалу.
Світовий банк та ЄС – Програма «Підтримка реформ охорони здоров'я в Україні»	Тривалі процедури погодження грантів; обмежене залучення місцевих закладів до міжнародних проєктів.
Закон «Про місцеве самоврядування в Україні»	Недостатня фінансова спроможність громад; низький рівень управління медичними об'єктами.
Професійне лікарське самоврядування (законопроект, 2024)	Відсутність правової визначеності; опір частини професійної спільноти щодо передачі управлінських функцій.
Національна стратегія людського розвитку (2021–2030)	Недостатня міжвідомча взаємодія; низький рівень інтеграції охорони здоров'я в систему людського розвитку.

Джерело: сформовано на основі [5-7,12].

Науково-аналітичні та стратегічні документи, такі як монографія «Єдиний медичний простір України» та «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», визначають концептуальні напрями розвитку ПМД, але їхні положення часто залишаються на рівні декларацій через відсутність фінансування та механізмів практичної реалізації. Аналогічна проблема простежується у впровадженні електронної системи eHealth, яка, попри значний потенціал для прозорості та цифровізації медицини, стикається з технічними збоями, недостатнім рівнем цифрової грамотності медичного персоналу та ризиками кібербезпеки.

Міжнародні ініціативи – такі як програми Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світового банку та ЄС – відіграють важливу роль у модернізації системи первинної допомоги, однак їх імплементація гальмується через тривалі бюрократичні процедури, дублювання проєктів і слабку участь місцевих закладів охорони здоров'я. Аналіз показує, що донорські кошти часто не доходять до кінцевих виконавців на місцях, що знижує ефективність міжнародної підтримки. Для вирішення цієї проблеми необхідно створити централізований реєстр донорських програм з метою підвищення прозорості та узгодженості дій.

Загалом система нормативно-правового забезпечення ПМД в Україні має високий рівень формальної розробленості, але недостатній рівень практичної ефективності. Ключовими бар'єрами залишаються нерівномірне фінансування, кадровий дефіцит, низький рівень координації між органами влади та недосконалість моніторингу виконання програм. Подальший розвиток галузі потребує не стільки нових нормативних актів, скільки створення механізмів їх реальної імплементації, що включає посилення управлінської спроможності, децентралізацію рішень, підвищення цифрової готовності та розбудову партнерства між державними і недержавними суб'єктами у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1 Державне регулювання системи охорони здоров'я, зокрема первинної медичної допомоги (ПМД), має багатовимірний характер, який поєднує правові, економічні, організаційні та соціальні механізми. Воно ґрунтується на забезпеченні конституційного права громадян на медичну допомогу, формуванні стратегічних пріоритетів розвитку галузі та підтримці стабільності системи навіть у кризових умовах.

2 Нормативно-правова база функціонування ПМД в Україні демонструє високий рівень формальної структурованості. Конституція, базові закони, підзаконні акти МОЗ та стратегічні програми створюють цілісну правову архітектуру, яка охоплює фінансування, кадрову політику, управлінську децентралізацію, стандарти якості та цифровізацію галузі. Водночас ключовим викликом залишається ефективна імплементація цих норм на місцях, особливо у сільських громадах та прифронтових регіонах, де обмежені ресурси та кадровий дефіцит ускладнюють реалізацію державних гарантій.

3 Ключовими принципами державного регулювання залишаються законність, доступність, субсидіарність та відповідальність. Вони забезпечують орієнтацію системи ПМД на потреби громадян, сприяють зменшенню територіальної нерівності в доступі до медичних послуг та формують основу для розвитку ефективної партнерської взаємодії між державним і приватним секторами. Забезпечення цих принципів є визначальним для побудови стійкої та соціально орієнтованої системи охорони здоров'я.

4 Провідну роль у нормативно-інституційній структурі системи ПМД відіграють Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України. МОЗ формує політику та стандарти, а НСЗУ реалізує фінансові механізми програми медичних гарантій. Разом ці інституції забезпечують стратегічне управління первинною ланкою. Водночас надмірна бюрократія, затримки фінансування та недостатня координація з місцевими

органами влади залишаються суттєвими бар'єрами для ефективного функціонування системи.

5 Децентралізація управління ПМД відкриває можливості для адаптації системи до локальних потреб, але потребує посилення інституційної спроможності громад. Фінансова та управлінська автономія комунальних некомерційних підприємств створює передумови для підвищення якості послуг, проте кадровий дефіцит та обмежені ресурси значно гальмують ефективність цих процесів.

6 Міжнародний компонент реформування ПМД відіграє дедалі важливішу роль. Програми Всесвітньої організація охорони здоров'я, Світовий банк та ЄС підтримують модернізацію інфраструктури, гармонізацію стандартів та розвиток інституційної спроможності. Водночас складність процедур реалізації міжнародних проєктів і слабка інтеграція місцевих закладів у ці процеси знижують ефективність міжнародної підтримки. Необхідним є підвищення координації та прозорості механізмів використання зовнішньої допомоги.

7 Ефективність державного регулювання у сфері ПМД залежить не стільки від кількості нормативних актів, скільки від здатності системи забезпечити їх дієву імплементацію. Посилення управлінської спроможності, забезпечення сталого фінансування, підвищення цифрової готовності та розвиток партнерства між державними, приватними й міжнародними структурами є ключовими умовами формування стійкої, доступної та якісної системи первинної медичної допомоги в Україні.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СТАНУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1. Сучасний стан організації надання первинної медичної допомоги в Україні

Станом на 2024–2025 роки система організації надання первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні залишається ключовим елементом у забезпеченні доступності та ефективності охорони здоров'я. Первинна ланка є базовою точкою контакту громадян із системою медичних послуг і забезпечує до 80% усіх звернень населення. Відповідно до статті 49 Конституції України, держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Основні принципи функціонування ПМД регламентуються Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2168-VIII від 19 жовтня 2017 року, який запровадив Програму медичних гарантій (ПМГ) і механізм фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

У 2024–2025 роках розвиток первинної медичної допомоги відбувається відповідно до стратегічних документів МОЗ України, зокрема Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на 2023–2030 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України №1075-р від 14 грудня 2022 року. Основним завданням визначено підвищення якості та доступності ПМД, особливо у сільській місцевості та прифронтових регіонах, а також розширення цифрових сервісів у межах електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Важливим кроком залишається укладання декларацій між пацієнтами та лікарями. Станом на грудень 2024 року в системі ЕСОЗ зареєстровано понад 30,9 млн чинних декларацій, серед яких 23,3 млн із сімейними лікарями, 4,4 млн із терапевтами та 3,1 млн із педіатрами. Це свідчить про охоплення близько 75 % населення, що фактично інтегровано у систему первинної медичної

допомоги. Проте, спостерігається диспропорція між регіонами: у великих містах показник охоплення сягає 90 %, тоді як у сільській місцевості залишається на рівні 60–65 %.

Фінансування первинної ланки у 2025 році становить близько 25 млрд грн у межах загального бюджету Програми медичних гарантій, що оцінюється в 175,5 млрд грн. У 2024 році обсяг становив близько 23,5 млрд грн, що демонструє зростання фінансової підтримки цього рівня медицини. Базова ставка капітації у 2025 році встановлена на рівні 844,4 грн (проти 786,65 грн у 2024 році) за кожну укладену декларацію. Для закладів у сільській місцевості передбачено підвищувальний коефіцієнт 1,1, що має компенсувати дефіцит лікарських кадрів і нерівномірність навантаження.

Значний акцент державної політики робиться на підвищенні ролі Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як основного розпорядника коштів. НСЗУ здійснює оплату медичних послуг за договором із закладами охорони здоров'я, які відповідають вимогам ліцензування, технічного забезпечення та кадрового складу. Станом на 2024 рік укладено понад 1 600 контрактів із закладами ПМД, включно з центрами первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), приватними медичними практиками та комунальними амбулаторіями.

Ключовими документами, що визначають організаційно-правові засади надання ПМД, залишаються наказ МОЗ України №504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та постанова Кабінету Міністрів України №391 від 25 квітня 2018 року «Про затвердження Положення про електронну систему охорони здоров'я». У 2024 році було оновлено стандарти оснащення амбулаторій та медичних пунктів первинного рівня, що закріплено наказом МОЗ №2390 від 29 грудня 2023 року.

Особливої уваги потребує кадровий аспект. За даними МОЗ України, на початок 2025 року в системі ПМД працює понад 24 тис. лікарів загальної практики – сімейної медицини та близько 18 тис. середніх медичних працівників. Попри позитивну динаміку кадрового забезпечення, у сільських громадах дефіцит

кадрів становить близько 20–25 %. Для його подолання у 2024 році затверджено державну програму «Лікар для громади», що передбачає цільові гранти на відкриття приватних практик і компенсацію оренди житла для медиків.

Розвиток цифрової інфраструктури став визначальним чинником ефективності організації ПМД. Електронна система охорони здоров'я забезпечує ведення електронних медичних карток, виписку електронних рецептів і направлень. Станом на 2025 рік понад 95% закладів ПМД інтегровані до ЕСОЗ, а кількість виписаних електронних рецептів перевищила 100 млн. Запровадження телемедичних сервісів у межах наказу МОЗ №681 від 26 березня 2024 року дозволило забезпечити консультації лікарів у віддалених населених пунктах і на територіях, де тривають бойові дії.

Вплив війни на функціонування первинної медичної допомоги залишається значним. Близько 15% закладів первинного рівня зазнали пошкоджень або були зруйновані. З метою забезпечення безперервності медичного обслуговування у 2024 році урядом ухвалено постанову №2494-ІХ, якою передбачено створення мобільних амбулаторій та медичних пунктів у деокупованих територіях.

Одним із важливих аспектів є інтеграція психічного здоров'я в систему ПМД. Згідно з наказом МОЗ №635 від 21 квітня 2023 року сімейні лікарі зобов'язані проходити базову підготовку з надання психологічної підтримки пацієнтам, особливо ветеранам та переселенцям. Це стало відповіддю на зростання потреб у психоемоційній реабілітації населення після початку війни.

Важливим напрямом стало розширення профілактичних програм: вакцинація, скринінг онкологічних захворювань, контроль артеріального тиску, виявлення діабету другого типу. За даними НСЗУ, у 2024 році понад 12 млн українців пройшли щорічні профілактичні огляди, що на 18 % більше, ніж у 2022 році. Значну увагу приділено забезпеченню ліками. Програма «Доступні ліки», запроваджена постановою Кабінету Міністрів №152 від 17 березня 2017 року, у 2024 році охоплює понад 430 лікарських засобів, які відшкодовуються державою. У 2025 році передбачено розширення переліку до 500 препаратів [22-24].

**Сучасні тенденції організації надання первинної медичної допомоги в
Україні (2024–2025 рр.)**

Напрямок тенденції	Зміст та характеристика	Нормативно-правове підґрунтя / джерело
1	2	3
Фінансова автономізація закладів ПМД	Перехід від утримання медичних закладів до оплати за договором із НСЗУ за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2168-VIII (2017)
Підвищення базової ставки капітації	Зростання ставки з 786,65 грн (2024) до 844,4 грн (2025) за декларацію; коефіцієнт 1,1 для сільських територій.	НСЗУ, Програма медичних гарантій на 2025 рік.
Розвиток цифрової інфраструктури (eHealth)	Повна інтеграція закладів ПМД в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ), ведення електронних карток і рецептів.	Постанова КМУ №391 (2018); наказ МОЗ №2390 (2023).
Запровадження телемедицини	Використання дистанційних консультацій у віддалених або прифронтових регіонах для забезпечення безперервності послуг.	Наказ МОЗ №681 від 26.03.2024.
Розвиток приватної практики сімейних лікарів	Зростання кількості ФОП-лікарів первинної ланки; підтримка грантовими програмами «Лікар для громади».	МОЗ України, програма 2024
Інтеграція психічного здоров'я у ПМД	Підготовка сімейних лікарів до надання базової психологічної допомоги; підтримка ветеранів і ВПО.	Наказ МОЗ №635 від 21.04.2023; Концепція психічного здоров'я (2023).
Відновлення інфраструктури у прифронтових громадах	Створення мобільних амбулаторій та пунктів ПМД у зонах бойових дій.	Закон №2494-IX (2022); постанова КМУ №1486 (2023).
Зміцнення кадрового потенціалу	Впровадження стимулів для молодих лікарів: гранти, житло, надбавки для сільських територій.	Державна програма «Лікар для громади» (2024).
Розширення програм профілактики	Акцент на вакцинацію, скринінги та ранню діагностику неінфекційних хвороб.	Національний план дій щодо НІЗ (2023–2030).
Розвиток програм лікарського відшкодування	Розширення переліку «Доступних ліків» до 500 позицій у 2025 році.	Постанова КМУ №152 (2017, зі змінами 2024 р.).
Підвищення якості медичних послуг	Впровадження систем моніторингу якості, акредитація закладів ПМД.	Наказ МОЗ №1747 (2023); стандарт ISO 9001 у медицині.
Регіональна децентралізація управління	Передача частини повноважень громадам щодо управління медичною інфраструктурою.	Закон України «Про місцеве самоврядування» (ред. 2024 р.).

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
Залучення міжнародної технічної допомоги	Фінансування ВООЗ, ЄС, Світового банку для модернізації ПМД (понад 25 млн євро).	Програма WHO «Health System Resilience in Ukraine» (2024–2025).
Фокус на здоров'ї громади (Community Health)	ПМД розглядається як частина місцевих стратегій здоров'я громад, включно з мобільними бригадами та патронажними службами.	Концепція розвитку громадського здоров'я (2023).
Медичне страхування – майбутній етап	Підготовка до впровадження системи обов'язкового медичного страхування як додаткового фінансового джерела.	Постанова КМУ №305-р «Про схвалення Концепції розвитку системи охорони здоров'я України» (2024).

Джерело: сформовано на основі [15, 21-27].

Разом із тим залишаються системні проблеми. Насамперед це нерівномірність розподілу фінансування, низький рівень заробітних плат молодих лікарів (у середньому 21–24 тис. грн), бюрократичне навантаження через дублювання електронної та паперової звітності, а також недостатній рівень моніторингу якості наданих послуг.

На законодавчому рівні триває підготовка до запровадження медичного страхування, яке передбачено Концепцією розвитку системи охорони здоров'я України, схваленою постановою КМУ №305-р від 12 квітня 2024 року. Це має посилити фінансову сталість системи ПМД та зменшити частку неформальних платежів. Розширюється міжнародна співпраця. Програма ВООЗ «Health System Resilience in Ukraine» у 2024-2025 роках підтримує модернізацію 70 центрів ПМД у прифронтових регіонах, фінансуючи обладнання, навчання кадрів і телемедичні рішення. ЄС та Світовий банк спрямували понад 25 млн євро на підтримку цифрових інструментів для первинної ланки.

Усі визнають, що на сьогодні перед ОМС стоїть велика кількість задач. І в ситуації воєнного стану, постійних змін та невизначеності підтримка спроможності системи ОЗ та доступності медичних послуг для мешканців громад можлива тільки через об'єднання зусиль як в громаді, так і за її межами [2-3]. А ще через спільну адвокацію потреб для розбудови, розвитку і підтримки спроможної мережі медичних послуг. Реалістична оцінка ресурсів,

аналіз потреб населення та системне прогнозування з врахуванням векторів розвитку медичної реформи повинні знайти свій відбиток в управлінських рішеннях [21-22].

У підсумку, сучасна модель організації первинної медичної допомоги в Україні характеризується поєднанням державного управління, ринкових стимулів та цифрових технологій. Вона демонструє помітний прогрес у порівнянні з докризовим періодом, однак потребує подальшого вдосконалення у сферах регіональної рівності, кадрової стабільності та інтеграції психічного здоров'я. ПМД залишається основою системи охорони здоров'я, від ефективності якої залежить реалізація права громадян на здоров'я та успішність реформування всієї медичної галузі.

2.2. Проблеми та виклики державного управління у сфері первинної медичної допомоги

Станом на 2024–2025 роки сфера первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні перебуває у складному стані, що визначається поєднанням реформаторських досягнень і численних викликів, спричинених війною, економічною нестабільністю та структурними обмеженнями державного управління. Первинна медична допомога залишається базовою ланкою системи охорони здоров'я, через яку реалізується право громадян на безоплатну та доступну медичну допомогу. Водночас її ефективність залежить від якості управлінських рішень, стійкості фінансування, кадрового забезпечення та взаємодії центральних і місцевих органів влади.

Однією з головних проблем є недостатній рівень фінансування. Попри збільшення державних видатків на охорону здоров'я, реальні потреби первинної ланки не покриваються повною мірою. Капітаційна ставка, яка у 2025 році становить 844,4 грн на одного пацієнта, не забезпечує повного відшкодування витрат на медичне обладнання, комунальні послуги, транспорт

та підвищення кваліфікації персоналу. Особливо гостро це відчувається у сільських громадах, де видатки на одного мешканця значно перевищують середні показники, а фінансування залишається обмеженим.

Серйозною загрозою є кадровий дефіцит. Україна стикається з системним відтоком лікарів і медичних сестер за кордон, а також із нерівномірним розподілом фахівців між містом і селом. У сільських територіальних громадах дефіцит лікарів первинної ланки перевищує 20–25 %. Молоді медики уникають роботи у громадах через низьку заробітну плату, відсутність житла та перспектив кар'єрного зростання. Державні ініціативи, зокрема програма «Лікар для громади», мають позитивний потенціал, але не супроводжуються належною системою стимулів і сталим фінансуванням.

Не менш важливою проблемою є застаріла інфраструктура та руйнування медичних закладів унаслідок війни. За оцінками МОЗ, близько 15% амбулаторій і фельдшерсько-акушерських пунктів зруйновано або пошкоджено, а решта потребують оновлення. Більшість медичних пунктів не відповідають стандартам енергоефективності та санітарної безпеки, що ускладнює надання якісних послуг і створює ризики для життя пацієнтів. Водночас державні програми реконструкції залишаються фрагментарними, а фінансування капітальних інвестицій не покриває потреб навіть у базовому ремонті.

Складність управління посилюється через обмежену координацію між Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та органами місцевого самоврядування. Після децентралізації багато рішень у сфері медичної інфраструктури перейшли на рівень громад, однак відсутність чітких стандартів і розподілу відповідальності створює управлінський хаос. Місцеві органи часто не мають фахових кадрів для стратегічного планування чи оцінки ефективності витрат, що призводить до нераціонального використання бюджетних коштів.

Проблемним залишається питання інтеграції первинної медичної допомоги у систему громадського здоров'я. Хоча закон «Про систему

громадського здоров'я» (2023 р.) визначає координаційну роль ПМД у профілактиці та ранньому виявленні захворювань, на практиці взаємодія з лабораторними центрами, службами епіднагляду й органами місцевої влади часто неефективна. Відсутність єдиної бази даних і чітких механізмів обміну інформацією призводить до затримки епідемічного моніторингу, що особливо небезпечно під час кризових ситуацій.

Цифровізація системи охорони здоров'я, попри значні успіхи, має свої слабкі сторони. Електронна система охорони здоров'я (eHealth) охоплює майже всі заклади ПМД, однак у віддалених районах фіксуються перебої з доступом до інтернету та нестача технічного обладнання. Крім того, проблемою залишається низький рівень цифрової грамотності медичного персоналу. Питання кібербезпеки також набуває актуальності – у 2024 році зафіксовано кілька випадків витоку персональних даних, що вимагає оновлення державних протоколів інформаційного захисту.

Недостатньо розвинена система профілактичної медицини також становить серйозний виклик. Профілактичні огляди проходить лише близько двох третин дорослого населення, а обізнаність громадян щодо власного здоров'я залишається низькою. Превентивна діяльність лікарів обмежена часовими рамками прийому та високим навантаженням, через що більшість пацієнтів звертаються вже з ускладненими формами захворювань.

Проблеми спостерігаються і в системі моніторингу якості медичних послуг. НСЗУ, як головний платник за Програмою медичних гарантій, зосереджується переважно на фінансових показниках – кількості декларацій або виконаних послуг, тоді як оцінка результативності лікування, задоволеності пацієнтів і клінічних результатів залишається поза увагою. Відсутність незалежного аудиту якості створює ризики формалізму, коли заклади орієнтуються не на якість, а на статистичні показники.

Окремим викликом є обмежена інтеграція послуг із психічного здоров'я в структуру ПМД. Хоча нормативна база вимагає, щоб лікарі первинної ланки володіли навичками базового психологічного консультування, на практиці це

реалізовано лише частково. У більшості амбулаторій відсутні психологи, а сімейні лікарі перевантажені адміністративними завданнями. Така ситуація не дозволяє своєчасно виявляти депресивні стани, посттравматичні розлади та інші наслідки війни.

Мотивація лікарів первинної ланки залишається низькою. Середня заробітна плата сімейного лікаря коливається в межах 21–24 тисяч гривень на місяць, що не стимулює до підвищення кваліфікації або розвитку власної практики. Відсутність кар'єрних механізмів і преміювання за якість обслуговування призводить до професійного вигорання та зниження залученості персоналу.

Бюрократизація також є суттєвою проблемою державного управління у сфері ПМД. Попри впровадження електронних сервісів, багато звітів досі подаються у паперовій формі, що дублює електронний облік і витрачає час лікарів. Автоматизація процесів відбувається повільно, а єдині стандарти звітності відсутні, що ускладнює порівняльний аналіз і планування.

Важливою управлінською проблемою є низький рівень громадської участі. Механізми громадського контролю за якістю медичних послуг існують формально, але не працюють ефективно. Громади рідко залучають мешканців до оцінки потреб у сфері охорони здоров'я, через що місцеві стратегії розвитку часто не відповідають реальним запитам населення.

Нормативно-правове забезпечення ПМД залишається нестабільним. Часті зміни у підзаконних актах МОЗ, відсутність довгострокових стандартів фінансування та регулювання створюють невизначеність у діяльності медичних закладів. Брак узгодженості між законодавчими ініціативами та управлінською практикою знижує довіру лікарів і пацієнтів до системи.

У підсумку, державне управління у сфері первинної медичної допомоги в Україні функціонує в умовах структурних викликів і глибоких соціально-економічних потрясінь. Серед головних завдань на 2025 рік – формування стійкої кадрової політики, підвищення якості фінансового менеджменту, модернізація інфраструктури, зміцнення профілактичного напрямку та

цифрової безпеки. Лише системна державна політика, що поєднає управлінську стабільність, фінансову відповідальність і соціальну орієнтованість, здатна забезпечити сталий розвиток первинної медичної допомоги в Україні.

Представлена діаграма відображає рівень доступності первинної медичної допомоги у громадах Житомирської області станом на 2025 рік (рис. 3.1). Вона побудована на основі результатів опитування, проведеного серед мешканців, медичних працівників і представників адміністрацій закладів охорони здоров'я. Візуалізація у зелених і жовтих відтінках символізує градацію доступності послуг – від високої до незадовільної, що дозволяє швидко оцінити загальний баланс між позитивними та проблемними аспектами функціонування системи ПМД у регіоні.

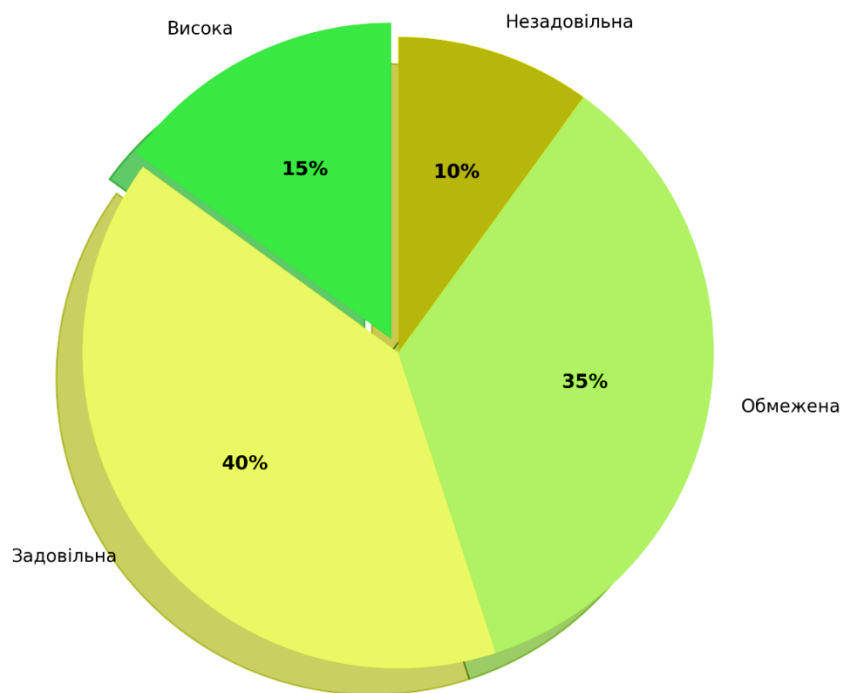


Рис. 2.1. Рівень доступності первинної медичної допомоги у громадах Житомирської області, 2025 р.

Як видно з діаграми, найбільша частка респондентів (40 %) оцінила рівень доступності медичних послуг як «задовільний», що свідчить про певний рівень стабільності системи ПМД навіть в умовах воєнного стану. Водночас

значна частина населення (35 %) вважає доступ до лікарів «обмеженим», що вказує на наявність територіальних і кадрових диспропорцій. Ця група охоплює переважно мешканців сільських громад, де спостерігається дефіцит лікарів сімейної практики, віддаленість амбулаторій і недостатній рівень транспортного сполучення.

Лише 15 % респондентів вважають, що первинна медична допомога є «високодоступною». Це, як правило, жителі великих населених пунктів – Житомира, Коростеня, Бердичева, де розташовані добре оснащені центри ПМД, інтегровані в електронну систему eHealth, та є можливість запису до лікаря онлайн. Проте 10 % опитаних оцінили доступність як «незадовільну», наголошуючи на фізичній недоступності медичних закладів, нестачі транспорту, чергах і проблемах із забезпеченням ліками.

Загалом результати діаграми підтверджують, що Житомирська область перебуває на етапі відносної стабілізації первинної медичної допомоги, однак зберігає серйозні диспропорції між міськими і сільськими громадами. Подальші кроки державного управління мають бути спрямовані на розвиток мобільних медичних команд, розширення програм «Лікар для громади», інвестиції в телемедицину та цифрову інфраструктуру, що дозволить скоротити розрив у доступності між центром і периферією регіону.

Друга діаграма демонструє структуру основних проблем у функціонуванні закладів первинної медичної допомоги Житомирської області станом на 2025 рік (рис. 3.2). Вона побудована на основі результатів соціологічного опитування працівників медичних установ, адміністрацій центрів ПМД та представників громад. Діаграма подана у форматі горизонтальної стовпчикової шкали, що дає змогу візуально оцінити, які проблеми найчастіше відзначали респонденти та який їхній порівняльний внесок у загальну структуру викликів. Всі показники нормовані таким чином, що їхня сума становить 100 %, що забезпечує точніше розуміння пропорцій між чинниками.

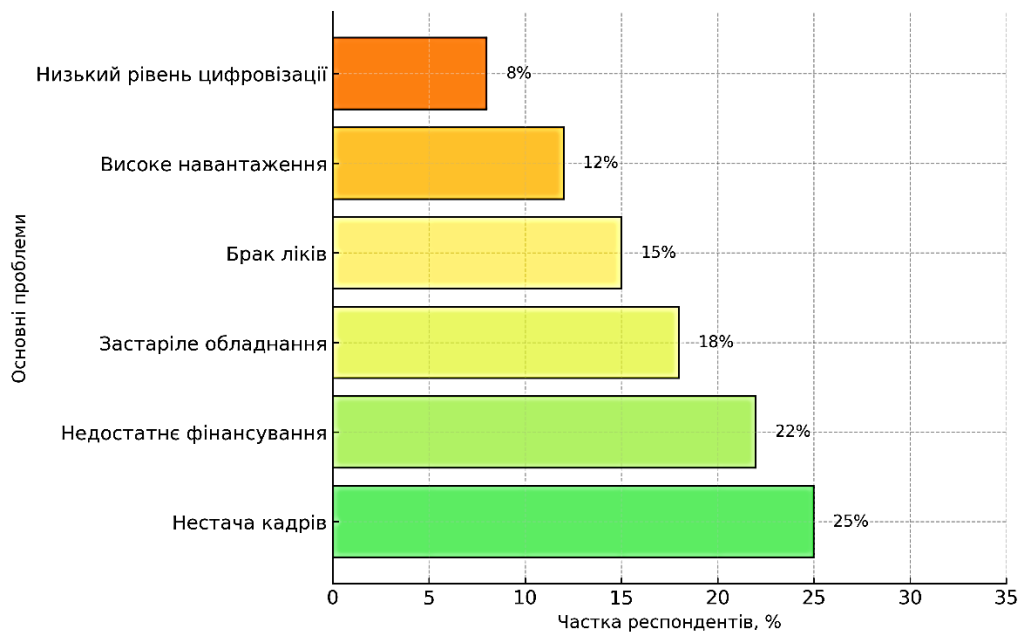


Рис. 3.2. Основні проблеми у функціонуванні закладів первинної медичної допомоги Житомирської області, 2025 р.

Найбільш поширеною проблемою респонденти назвали нестачу кадрів (25 %), що підтверджує актуальність кадрової кризи у сфері первинної медицини. Значна кількість лікарів і медсестер залишає робочі місця або виїжджає за кордон, а залучення нових спеціалістів до сільських громад ускладнюється низьким рівнем оплати праці та відсутністю соціальних стимулів. Другим за важливістю чинником є недостатнє фінансування (22 %), яке проявляється у дефіциті коштів на модернізацію закладів, закупівлю обладнання та забезпечення стабільного медикаментозного постачання.

Серед технічних проблем переважають застаріле обладнання (18 %) та брак лікарських засобів (15 %), що безпосередньо впливає на якість обслуговування пацієнтів. У багатьох амбулаторіях Житомирської області медичне обладнання не оновлювалося понад десять років, що унеможливує використання сучасних методів діагностики. Недостатня укомплектованість лікарськими засобами створює ризики для безперервності лікувального процесу, особливо для пацієнтів із хронічними захворюваннями, які потребують постійного прийому препаратів.

Також значну частку займають високе навантаження на лікарів (12 %) та низький рівень цифровізації (8 %). Ці фактори тісно взаємопов'язані: велика кількість пацієнтів на одного лікаря знижує якість консультацій і сприяє професійному вигоранню, тоді як недостатній рівень цифрової інфраструктури уповільнює роботу, ускладнює ведення електронних карток і комунікацію з пацієнтами. Сукупність наведених показників свідчить, що вирішення проблем ПМД у Житомирській області вимагає не лише збільшення фінансування, а й посилення кадрової політики, модернізації обладнання та розвитку цифрових технологій управління охороною здоров'я.

Представлена діаграма відображає оцінку рівня кадрового забезпечення лікарів первинної ланки у Житомирській області станом на 2025 рік (рис. 3.3). Вона побудована за результатами анкетування працівників медичних закладів і представників органів місцевого самоврядування, що дало змогу виявити реальну ситуацію із забезпеченням медичними кадрами у громадах області. Діаграма побудована у форматі горизонтальних стовпчиків, які демонструють пропорцію респондентів, що оцінили рівень кадрового забезпечення як високий, середній або низький.

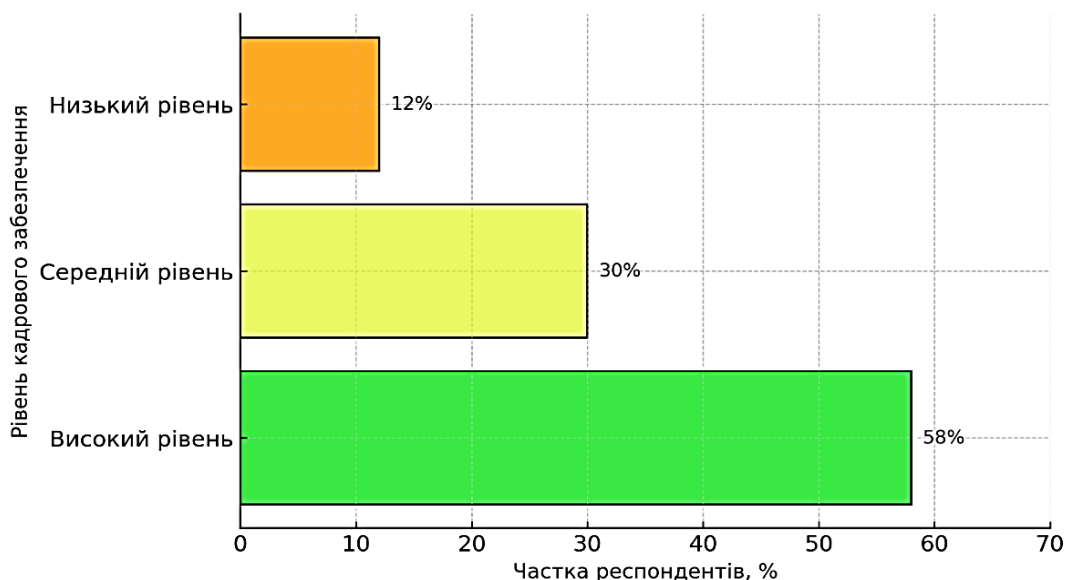


Рис. 3.3. Оцінка рівня кадрового забезпечення лікарів первинної ланки у Житомирській області, 2025 р.

За результатами аналізу, переважає оцінка «високий рівень» (58 %), що свідчить про наявність достатньої кількості лікарів та середнього медичного персоналу у частині громад області, насамперед у Житомирі, Бердичеві, Коростені та Новограді-Волинському. Тут первинна медична допомога має більш стабільну структуру, а медичні заклади краще інтегровані в електронну систему охорони здоров'я (eHealth), що забезпечує планування навантаження та ефективний розподіл пацієнтів. Цей показник демонструє, що державна політика підтримки ПМД у великих громадах дала певні позитивні результати.

Разом з тим, 30 % респондентів визначили рівень кадрового забезпечення як «середній», що вказує на часткову укомплектованість штатів. Це характерно для невеликих селищних і віддалених громад, де лікарі часто обслуговують кілька населених пунктів одночасно. Такий стан зумовлений міграцією кадрів у більші міста, відсутністю житла та обмеженими фінансовими стимулами для молодих спеціалістів. Хоча система продовжує функціонувати, навантаження на лікарів у цих громадах перевищує нормативи, що негативно впливає на якість медичних послуг і ризику професійного вигорання.

Найбільш тривожною є група із 12 % респондентів, які оцінили ситуацію як «низький рівень» кадрового забезпечення. Це вказує на наявність критичного дефіциту медичних працівників у частині сільських громад північної та південної частини області, де заклади часто працюють у скороченому режимі або залежать від виїзних лікарських бригад. Ці дані підтверджують потребу у цільових державних програмах підтримки медичних працівників у громадах, зокрема шляхом реалізації програм «Лікар для громади» та забезпечення службовим житлом. Отже, діаграма демонструє значну територіальну нерівність у кадровому потенціалі системи первинної медичної допомоги Житомирщини, що має стати пріоритетом для регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

Діаграма 3.4 відображає структуру пріоритетних напрямів покращення системи первинної медичної допомоги у Житомирській області станом на 2025 рік. Вона побудована за результатами опитування представників медичних

закладів, органів місцевого самоврядування та громадськості. Діаграма має форму кругової структури, яка дозволяє візуально визначити, які напрями реформування первинної ланки охорони здоров'я респонденти вважають найважливішими для підвищення ефективності роботи закладів. Усі значення нормалізовані до 100 %, що дає змогу оцінити відносну вагу кожного напрямку у загальній системі пріоритетів.

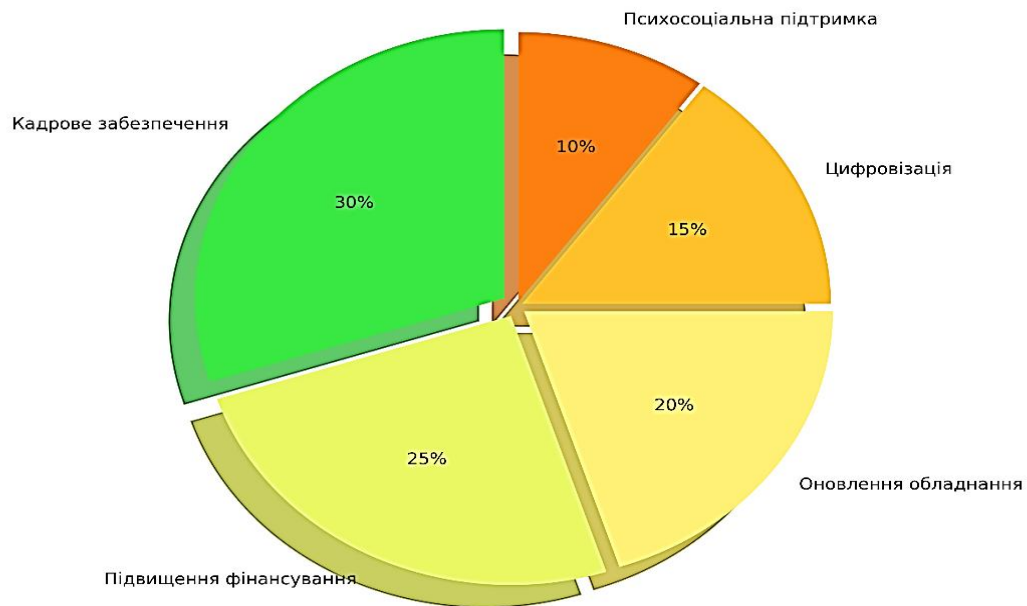


Рис. 3.4. Пріоритетні напрями покращення системи первинної медичної допомоги у Житомирській області, 2025 р.

Найвагомішим напрямом респонденти визначили кадрове забезпечення (30 %), що свідчить про усвідомлення гострого дефіциту лікарів і медсестер, особливо у сільських громадах. Учасники опитування підкреслюють потребу у підвищенні оплати праці, створенні житлових умов та наданні молодим спеціалістам соціальних гарантій. Кадрова стабільність розглядається як базовий чинник стійкості системи ПМД, без якої неможливо забезпечити якісні послуги чи впровадити інновації.

Другою за пріоритетністю позицією є підвищення фінансування (25 %), що відображає запит на збільшення капітаційних тарифів, оновлення матеріально-технічної бази та фінансування профілактичних програм. Третє

місце посідає оновлення обладнання (20 %), адже застарілі діагностичні прилади залишаються однією з основних причин низької якості медичних послуг. Респонденти наголошують на необхідності забезпечення закладів сучасними кардіографами, лабораторним обладнанням і засобами дистанційної діагностики.

Водночас 15 % опитаних назвали серед пріоритетів цифровізацію, підкреслюючи важливість розбудови електронної системи eHealth, розширення телемедичних консультацій і впровадження автоматизованих інструментів управління медичними даними. Останній блок, психосоціальна підтримка (10%), охоплює потребу у розвитку програм психологічного відновлення як для медиків, так і для пацієнтів, зокрема ветеранів та внутрішньо переміщених осіб. Таким чином, діаграма демонструє, що система ПМД у регіоні потребує не лише ресурсного посилення, а й системного підходу, який поєднує кадрову, фінансову, технічну та цифрову модернізацію з орієнтацією на людський потенціал і якість життя громади.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1 Система ПМД у 2024-2025 роках зберігає статус базової ланки охорони здоров'я, інтегруючи близько 75 % населення через декларації та забезпечуючи до 80 % звернень. Водночас простежується стійка територіальна асиметрія: великі міста досягають високого рівня охоплення і доступності, тоді як сільські громади залишаються у зоні ризику через кадровий дефіцит, віддаленість інфраструктури і проблеми з транспортною логістикою.

2 Нормативно інституційна архітектура ПМД загалом сформована і опирається на Програму медичних гарантій, контракти з НСЗУ та стандарти МОЗ. Однак практична ефективність стримується бюрократичними бар'єрами, неповною уніфікацією стандартів якості і слабкою координацією між центральним рівнем і громадами. Фінансова модель демонструє поступове

зростання підтримки первинної ланки і підвищення капітаційної ставки, але її купівельна спроможність все ще недостатня для покриття реальних витрат закладів. Це особливо відчутно у сільських територіях, де вищі питомі витрати накладаються на меншу щільність населення, що зумовлює хронічну нестачу ресурсів на обладнання, комунальні витрати і розвиток персоналу.

3 Кадрове забезпечення залишається ключовим системним вузлом: зафіксовано стійкий дефіцит сімейних лікарів у громадах, високе навантаження на наявний персонал і обмежені стимули для молодих фахівців. Існуючі інструменти підтримки типу грантів і житлових компенсацій частково пом'якшують проблему, але не створюють довгострокової траєкторії утримання і професійного зростання кадрів. Цифровізація через eHealth і телемедицину стала визначальним драйвером організаційної ефективності, однак її вплив нерівномірний.

4 Війна поглибила інфраструктурні та управлінські ризики: частина закладів первинного рівня пошкоджена або зруйнована, що потребує відновлення на принципах енергоефективності і безпеки. Мобільні бригади і тимчасові пункти ПМД довели ефективність у кризових умовах, проте їх розгортання потребує стабільних фінансових механізмів і єдиного кризового контуру координації.

5 Інтеграція профілактики і психічного здоров'я у ПМД просувається, але нерівномірно. Висхідна динаміка профілактичних оглядів і розширення програм відшкодування ліків свідчать про позитивні зрушення, однак обмежений час лікаря, нестача психологів і нерівний доступ до скринінгів утримують ризик пізнього виявлення захворювань і зростання тягаря НІЗ.

6 Подальша стійкість ПМД вимагатиме збалансованого пакету рішень: посилення координації МОЗ, НСЗУ і громад, переходу від суто обсягів послуг до вимірюваної якості і результатів лікування, таргетованої підтримки кадрів у сільських регіонах, прискорення цифрової трансформації з акцентом на кіберзахист, а також інвестицій у відновлення і модернізацію інфраструктури.

Реалізація цих кроків є критичною для вирівнювання регіональних диспропорцій і підвищення довіри громадян до системи.

7 У процесі дослідження, проведеного у Житомирській області у 2025 році, встановлено, що більшість респондентів (40 %) оцінюють рівень доступності первинної медичної допомоги як «задовільний». Це свідчить про відносну стабільність системи ПМД навіть в умовах воєнного стану. Водночас 35 % опитаних вважають доступ до лікарів «обмеженим», що відображає наявність територіальних і кадрових диспропорцій, насамперед у сільських громадах. Високий рівень доступності зафіксовано переважно у великих містах, де медичні заклади мають належне оснащення та інтегровані цифрові сервіси.

8 Результати опитування підтверджують, що для зменшення регіональних відмінностей у доступності медичних послуг потрібні цілеспрямовані управлінські заходи. Зокрема, важливими напрямками є розвиток мобільних медичних команд, розширення програм «Лікар для громади», інвестування у телемедичні технології та цифрову інфраструктуру. Такі кроки дадуть змогу підвищити ефективність системи ПМД і забезпечити більш рівні умови доступу до медичної допомоги для мешканців як міських, так і сільських територіальних громад Житомирщини.

РОЗДІЛ 3.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

3.1. Напрями підвищення ефективності управління первинною медичною допомогою

Підвищення ефективності управління системою первинної медичної допомоги є ключовим напрямом державної політики у сфері охорони здоров'я, який набуває особливого значення в умовах війни, економічних обмежень і соціальних трансформацій. Метою є створення стійкої, прозорої та людиноцентричної моделі управління, здатної забезпечити рівний доступ громадян до медичних послуг незалежно від місця проживання. Сучасна система управління має базуватися на кадровій стабільності, інституційній автономії, цифровій інтеграції та партнерстві між державними структурами, громадами й приватними ініціативами.

Одним із найважливіших напрямів є зміцнення кадрового потенціалу первинної ланки. Для цього необхідно запровадити дієву систему стимулів для лікарів, особливо в сільських громадах, шляхом надання житла, фінансових надбавок, пілг і можливостей для професійного розвитку. Це дозволить утримувати кадри в системі та створить умови для залучення молодих фахівців. Паралельно слід забезпечити фінансову автономію закладів ПМД, щоб вони могли самостійно розподіляти ресурси, формувати власні фонди розвитку та ефективніше реагувати на потреби громади.

Наступним важливим напрямом є модернізація медичної інфраструктури. Частина амбулаторій Житомирської області потребує капітального ремонту або реконструкції після воєнних руйнувань. Реконструкція має передбачати енергоефективність, безбар'єрність, наявність укриттів та автономних систем енергопостачання. Паралельно з оновленням приміщень необхідно

модернізувати матеріально-технічне забезпечення закладів. Бракує сучасного обладнання для діагностики та моніторингу стану здоров'я пацієнтів, тому доцільним є створення державного реєстру медичного обладнання та розроблення механізму його рівномірного розподілу між громадами.

Значне місце у підвищенні ефективності управління займає розвиток цифровізації та автоматизації процесів. Повноцінна інтеграція системи eHealth повинна охоплювати не лише електронні декларації, а й моніторинг якості послуг, навантаження лікарів і результатів лікування. Важливим завданням є розширення використання аналітичних платформ, що дають змогу органам влади приймати обґрунтовані управлінські рішення на основі реальних даних. Окремо слід підтримати цифрову грамотність медичного персоналу й упровадити системи автоматичного збору статистики.

Суттєвою умовою сталого розвитку системи є фінансування профілактичної медицини. Більшість хронічних захворювань можна попередити за допомогою регулярних обстежень, вакцинації та просвітницьких програм. Тому держава має збільшити частку профілактичних послуг у гарантованому пакеті медичних послуг і запровадити матеріальну мотивацію лікарів за ефективну профілактичну роботу. Одночасно необхідно стимулювати публічно-приватне партнерство, яке дасть змогу розширити доступність первинної допомоги, особливо в громадах, де державна мережа є недостатньо розвиненою.

Важливою умовою покращення управління є підвищення управлінської компетентності керівників закладів ПМД. Для цього варто створити систему безперервного навчання з питань стратегічного планування, фінансового менеджменту та цифрових інструментів адміністрування. Не менш актуальним напрямом є впровадження незалежного моніторингу якості медичних послуг, який має оцінювати не лише фінансові показники, а й рівень задоволеності пацієнтів, доступність профілактики та ефективність лікування.

Підвищення ефективності управління також передбачає інтеграцію психічного здоров'я у роботу первинної ланки. Сімейні лікарі повинні мати

базові знання з психологічної підтримки пацієнтів, особливо тих, хто пережив бойові дії або втрату. Держава має сприяти розширенню штату медичних психологів, створенню програм супервізії та розвитку мережі психосоціальної допомоги. Це особливо важливо для ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та працівників медичної сфери, які самі зазнають емоційного вигорання.

Необхідним кроком є посилення міжвідомчої координації між МОЗ, НСЗУ, місцевими громадами та військовими адміністраціями. Єдині управлінські підходи дозволять уникнути дублювання функцій, підвищити ефективність використання ресурсів і спрямувати фінансування на найбільш пріоритетні напрями. Паралельно має вдосконалюватися система мотивації медичного персоналу через поєднання матеріальних і нематеріальних стимулів, включаючи професійне визнання, підвищення кваліфікації та участь у міжнародних освітніх програмах.

Важливою тенденцією є зростання ролі громад у плануванні та контролі медичних послуг. Створення дорадчих рад при центрах ПМД сприятиме кращому розумінню потреб населення та підвищенню довіри до місцевої системи охорони здоров'я. Залучення громадських організацій і представників населення забезпечить підзвітність керівників і підвищить якість управлінських рішень.

Розвиток мобільних медичних бригад і виїзних консультацій є ще одним дієвим напрямом підвищення ефективності управління. Такі форми роботи дозволяють наблизити медичні послуги до мешканців віддалених сіл і знизити нерівність у доступі до первинної допомоги. Оснащення таких команд сучасними засобами телемедицини та мобільними лабораторіями підвищить ефективність використання ресурсів та оперативність реагування на виклики.

У довгостроковій перспективі важливим завданням є інтеграція системи ПМД у післявоєнну стратегію відновлення України. Відбудова медичної інфраструктури повинна ґрунтуватися на принципах енергоефективності, екологічності, цифрової сумісності та стійкості до кризових ситуацій. Первинна медична допомога має стати не лише основою лікувальної мережі, а й

платформою для розвитку громадського здоров'я, орієнтованого на профілактику, просвіту та психологічну підтримку населення.

Таким чином, удосконалення управління первинною медичною допомогою потребує комплексного підходу, який охоплює кадрову, фінансову, інфраструктурну, цифрову й соціальну складові. Реалізація зазначених напрямів забезпечить не лише стабільність функціонування системи в умовах війни, а й її здатність адаптуватися до майбутніх викликів, формуючи сучасну модель охорони здоров'я, орієнтовану на потреби людини й громади (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Напрями підвищення ефективності управління первинною медичною допомогою

Напрямок	Зміст і завдання
Зміцнення кадрового потенціалу	Запровадження державних стимулів для лікарів у сільських громадах – житло, надбавки, професійний розвиток.
Фінансова автономія закладів ПМД	Надання можливості самостійного розподілу коштів і створення фондів розвитку закладів.
Модернізація медичної інфраструктури	Відновлення пошкоджених амбулаторій із впровадженням енергоефективних рішень і безбар'єрного доступу.
Оновлення матеріально-технічного забезпечення	Закупівля сучасного обладнання, створення державного реєстру техніки та її рівномірного розподілу.
Розвиток цифровізації та автоматизації	Створення єдиної аналітичної платформи eHealth для моніторингу ефективності послуг.
Фінансування профілактичної медицини	Збільшення частки профілактичних програм і матеріального стимулювання лікарів за профілактику.
Публічно-приватне партнерство	Залучення приватних ініціатив до надання первинної допомоги, спільне використання обладнання.
Підвищення управлінської компетентності	Навчання керівників медичних закладів стратегічному плануванню та цифровому менеджменту.
Моніторинг і оцінка якості послуг	Впровадження незалежного аудиту якості на основі соціальних індикаторів.
Розвиток психічного здоров'я	Забезпечення психологічної підтримки пацієнтів і лікарів, підготовка сімейних лікарів до кризових ситуацій.
Міжвідомча координація	Покращення співпраці між МОЗ, НСЗУ та громадами для ефективного розподілу ресурсів.
Мотивація медичного персоналу	Запровадження гнучких систем преміювання та нематеріального стимулювання працівників.
Роль громад у плануванні	Створення дорадчих рад при ПМД для участі жителів і громадських організацій у прийнятті рішень.
Мобільні медичні бригади	Розвиток виїзних консультацій, мобільних лабораторій і телемедичних послуг у віддалених громадах.
Інтеграція у післявоєнну стратегію	Відновлення системи ПМД за принципами стійкості, енергоефективності та цифрової сумісності.

Джерело: сформовано на основі [2-3, 11-14].

Узагальнюючи наведені напрями, можна зазначити, що ефективно управління системою первинної медичної допомоги має спиратися на поєднання кадрової стабільності, фінансової автономії, сучасної інфраструктури та цифрової трансформації. Розвиток людського капіталу – головна умова стабільності первинної ланки. Без системи мотивації лікарів, забезпечення житлом і можливостей для професійного зростання неможливо досягти сталого покращення якості медичних послуг, особливо у сільських громадах. Водночас розширення фінансових повноважень закладів ПМД створює підґрунтя для ефективнішого використання ресурсів і підвищення відповідальності керівників за результати роботи.

Важливу роль у зміцненні системи відіграє модернізація інфраструктури та матеріально-технічного забезпечення. Відновлення пошкоджених амбулаторій, оновлення обладнання та впровадження енергоефективних технологій мають не лише покращити умови надання послуг, а й сприяти економії бюджетних коштів у майбутньому. Розвиток цифровізації та створення єдиної аналітичної платформи eHealth дадуть змогу підвищити прозорість управління, ефективно моніторити якість послуг і швидко реагувати на зміни в потребах населення.

Не менш значущими є напрями, пов'язані з управлінською компетентністю, моніторингом якості та психічним здоров'ям. Оснащення керівників медичних закладів сучасними знаннями з менеджменту та цифрового адміністрування дозволить перейти від адміністративного контролю до стратегічного управління. Система незалежного аудиту якості сприятиме підвищенню довіри населення, а розвиток психосоціальної підтримки посилить гуманістичний аспект діяльності медичної системи, що особливо актуально в умовах війни та підвищеного рівня стресу серед населення. Комплекс реалізації цих напрямів створює основу для інтегрованої, гнучкої та стійкої системи первинної медичної допомоги. Публічно-приватне партнерство, активна участь громад, розвиток мобільних бригад і впровадження сучасних моделей фінансування забезпечать рівний доступ до медичних послуг у всіх регіонах.

Окремим напрямом удосконалення системи управління первинною медичною допомогою є розбудова мережі послуг, орієнтованих на ветеранів та постраждалих від війни. ПМД має забезпечувати не лише базову медичну допомогу, а й доступ до комплексних програм реабілітації, психосоціальної підтримки та довготривалого спостереження. Доцільним є створення спеціалізованих кабінетів підтримки ветеранів на базі центрів первинної допомоги, що дозволить координувати медичну, психологічну та соціальну допомогу в одному місці. Такий підхід сприятиме швидшій адаптації пацієнтів до мирного життя та підвищить ефективність міжвідомчої взаємодії.

Важливим завданням є підготовка сімейних лікарів і медичних сестер до роботи з ветеранами та особами, які пережили травматичний досвід. Це включає навчання основам кризової комунікації, психоемоційної підтримки, виявлення посттравматичних стресових розладів та інших психічних станів, пов'язаних із війною. Розширення компетенцій первинної ланки у цій сфері дозволить своєчасно виявляти проблеми та скеровувати пацієнтів до відповідних спеціалістів, забезпечуючи безперервний і цілісний підхід до лікування та реабілітації.

3.2. Впровадження цифрових технологій та інноваційних підходів у систему управління первинною медичною допомогою

У сучасних умовах трансформації державного управління та медичної системи цифровізація первинної медичної допомоги (ПМД) стає ключовим чинником підвищення її ефективності, прозорості та доступності. Впровадження цифрових технологій дозволяє забезпечити швидкий обмін медичною інформацією, моніторинг якості послуг, аналітику процесів і своєчасне прийняття управлінських рішень. В Україні, зокрема в Житомирській області, цифрова модернізація первинної ланки відбувається поступово,

поєднуючи державні ініціативи, регіональні програми та локальні інноваційні рішення на рівні окремих громад.

Одним із базових інструментів цифрової трансформації є єдина електронна система охорони здоров'я (eHealth), що створює інформаційне середовище для інтеграції пацієнтів, лікарів і закладів. У межах цієї системи формується електронний реєстр пацієнтів, ведуться декларації з лікарями, електронні рецепти, направлення та історії хвороб. Це суттєво скорочує адміністративне навантаження на лікарів і підвищує точність обліку медичних послуг. У Житомирській області станом на 2025 рік понад 97 % закладів ПМД підключено до eHealth, однак лише частина з них використовує весь функціонал системи через нестачу технічного забезпечення та навичок персоналу.

Важливою складовою цифровізації є автоматизація управлінських процесів у медичних закладах. Використання електронних журналів, систем електронного документообігу, обліку робочого часу та управління фінансами дозволяє керівникам центрів ПМД ефективніше планувати ресурси й відстежувати показники результативності. Такі інструменти допомагають скоротити кількість помилок у звітності, підвищити прозорість у використанні бюджетних коштів і сприяти формуванню культури управління на основі даних.

Важливим напрямом інновацій є використання штучного інтелекту (AI) та аналітичних платформ для прогнозування потреб населення та управління ризиками здоров'я. На базі eHealth уже створюються алгоритми, що дозволяють виявляти групи ризику за певними захворюваннями, відстежувати ефективність лікування й формувати індивідуальні маршрути пацієнтів. Для Житомирської області, де значна частина населення проживає в сільській місцевості, такі технології можуть стати інструментом ранньої діагностики та зниження навантаження на лікарів.

Інноваційним підходом є також використання геоінформаційних систем (GIS) у плануванні мережі медичних закладів і виїзних бригад. Аналіз

просторових даних дозволяє визначати радіуси обслуговування, транспортну доступність і ефективність розташування амбулаторій. У Житомирській області такі методи використовуються при підготовці стратегій розвитку громад і програм «Здорова громада», що координуються обласним департаментом охорони здоров'я.

Цифрова трансформація ПМД неможлива без розвитку людського капіталу та цифрової грамотності медичного персоналу. У 2024–2025 роках на базі обласного центру підвищення кваліфікації медичних працівників реалізовано пілотну програму навчання «Digital Skills for Health», у межах якої понад 600 лікарів і медсестер пройшли підготовку з користування eHealth, телемедичними сервісами та базовими принципами кібербезпеки. Це є прикладом ефективної синергії між регіональними органами влади, міжнародними партнерами та освітніми установами.

Не менш важливою умовою ефективної цифровізації є інформаційна безпека та захист персональних даних. З огляду на військові загрози, зростає потреба у посиленні кіберзахисту медичних інформаційних систем. МОЗ спільно з Міністерством цифрової трансформації розробляє нові протоколи зберігання та шифрування медичних даних, а також створює резервні дата-центри. У Житомирській області в межах програми «Безпечна лікарня» у 2024 році встановлено локальні сервери для зберігання електронних карток пацієнтів.

Одним із важливих напрямів є впровадження аналітичних інструментів у систему прийняття управлінських рішень. Використання систем Business Intelligence (BI) у центрах ПМД дає змогу формувати аналітичні дашборди щодо відвідуваності, стану пацієнтів, динаміки хронічних захворювань і витрат на ліки. Такий підхід сприяє запровадженню моделі управління, що базується на фактичних даних, а не на звітності «для галочки».

Розвиток цифрових технологій сприяє підвищенню рівня комунікації між лікарем і пацієнтом. Мобільні додатки, онлайн-запис, електронні нагадування про прийом ліків або обстеження формують нову культуру медичного

обслуговування. Це підвищує довіру пацієнтів до системи, сприяє профілактиці хвороб і зменшує кількість пропущених прийомів. У Житомирській області запровадження таких сервісів дозволило скоротити навантаження на реєстратури та підвищити ефективність роботи лікарів.

Особливої уваги потребує інтеграція цифрових рішень у систему фінансового управління ПМД. Електронні інструменти дозволяють автоматично розраховувати капітаційні ставки, витрати на пацієнта та ефективність використання коштів НСЗУ. Це дає змогу уникнути дублювання фінансування, підвищити прозорість звітності та забезпечити контроль за використанням бюджетних ресурсів.

Значний потенціал має використання мобільних технологій для забезпечення виїзних медичних бригад. Оснащення таких команд планшетами з доступом до eHealth дає змогу вести облік прийомів на місці, вносити дані в електронні картки пацієнтів і відправляти запити до обласних центрів. Це не лише підвищує якість обслуговування, а й створює можливість для статистичного аналізу реальної ситуації у віддалених громадах.

Інноваційні підходи в управлінні передбачають використання цифрових платформ для взаємодії з громадами. Портали зворотного зв'язку дозволяють мешканцям залишати оцінки якості медичних послуг, подавати скарги або пропозиції щодо роботи амбулаторій. Збір таких даних створює базу для соціальної аналітики й підвищення підзвітності керівників закладів.

Перспективним напрямом є також впровадження концепції Smart Health Community, яка поєднує цифрові технології, аналітику великих даних (Big Data) і соціальну взаємодію. Такі «розумні громади» можуть на основі медичних, демографічних і екологічних даних планувати профілактичні програми, формувати маршрути пацієнтів і прогнозувати навантаження на лікарів.

Загалом, впровадження цифрових технологій у систему управління первинною медичною допомогою України, зокрема Житомирщини, формує нову модель управління охороною здоров'я, орієнтовану на ефективність, відкритість і стійкість. Цифровізація не є лише технічним процесом, а

комплексною реформою управлінських практик, що сприяє підвищенню якості життя населення, зміцненню інституційної спроможності держави та інтеграції України до європейського простору цифрової охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1 Удосконалення системи первинної медичної допомоги (ПМД) вимагає цілеспрямованих заходів щодо зміцнення кадрового потенціалу. Забезпечення житлом, надання надбавок та можливостей для професійного зростання є ключовими умовами утримання та залучення лікарів, особливо в сільських громадах. Без стабільної команди медичних працівників будь-які інші реформи не матимуть сталого ефекту.

2 Надання закладам ПМД більшої фінансової самостійності сприятиме ефективнішому використанню ресурсів та оперативному реагуванню на потреби населення. Можливість самостійного розподілу коштів, формування фондів розвитку та залучення позабюджетних джерел дозволить посилити інституційну спроможність медичних установ та підвищити їхню гнучкість у прийнятті рішень.

3 Відновлення амбулаторій, зруйнованих або пошкоджених унаслідок війни, має здійснюватися за принципами енергоефективності, безбар'єрності та автономності. Оновлення матеріально-технічного забезпечення та створення державного реєстру обладнання сприятимуть рівномірному розподілу ресурсів і покращенню якості медичних послуг на місцях.

4 Повноцінна інтеграція системи eHealth, автоматизація управлінських процесів, аналітика даних і впровадження телемедицини дозволяють підвищити ефективність управління та прозорість використання ресурсів. Розвиток цифрових навичок персоналу є необхідною умовою для сталого функціонування цієї системи та зменшення нерівності між міськими й сільськими громадами.

5 Збільшення частки профілактичних заходів у гарантованому пакеті медичних послуг зменшує навантаження на систему охорони здоров'я, знижує витрати на лікування та підвищує якість життя населення. Важливо забезпечити фінансові стимули для лікарів, які активно працюють у сфері профілактики, та розширити програми просвітництва серед населення.

6 Підвищення ефективності ПМД неможливе без тісної співпраці між МОЗ, НСЗУ, місцевими громадами та військовими адміністраціями. Посилення управлінських навичок керівників закладів ПМД, зокрема у стратегічному плануванні та цифровому менеджменті, створить передумови для більш узгоджених та обґрунтованих управлінських рішень.

7 Залучення громад до планування та контролю за наданням медичних послуг через дорадчі ради та механізми зворотного зв'язку підвищує прозорість, довіру населення та ефективність рішень. Публічно-приватне партнерство стає додатковим інструментом розширення доступу до медичних послуг у віддалених населених пунктах, що особливо важливо в умовах воєнного часу.

8 Первинна медична допомога має відігравати ключову роль у формуванні стійкої системи охорони здоров'я України. Відбудова на принципах енергоефективності, цифрової сумісності та орієнтації на громаду дозволить створити сучасну модель медицини, здатну ефективно функціонувати в умовах як стабільності, так і кризових ситуацій. Це сприятиме підвищенню якості медичних послуг, посиленню довіри населення та інтеграції України у європейський медичний простір.

9 Важливим аспектом удосконалення системи первинної медичної допомоги є врахування потреб ветеранів та осіб, які постраждали внаслідок війни. Ця категорія населення потребує не лише базових медичних послуг, а й системної психосоціальної підтримки, доступу до реабілітаційних програм і довготривалого спостереження. Інтеграція послуг психічного здоров'я на рівні первинної ланки, розширення штату психологів і реабілітологів, а також підготовка сімейних лікарів до роботи з травматичним досвідом пацієнтів є

ключовими елементами сучасної моделі охорони здоров'я. Такий підхід сприятиме підвищенню якості життя ветеранів і постраждалих осіб та забезпечить реальну інклюзію цієї категорії в систему медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

1 Державне регулювання системи охорони здоров'я, зокрема первинної медичної допомоги (ПМД), має комплексний характер, що поєднує правові, організаційні, фінансово-економічні та соціальні механізми. Воно спрямоване на реалізацію конституційного права громадян на медичну допомогу, забезпечення стратегічної стійкості галузі та адаптацію системи до викликів війни та післявоєнного відновлення.

2 Нормативно-правова архітектура ПМД в Україні є розвиненою та структурованою, однак ключовим викликом залишається практична імплементація норм у громадах із різним рівнем спроможності. Особливо гостро це відчувається в сільських і прифронтових територіях, де обмежені ресурси та кадровий дефіцит ускладнюють реалізацію державних гарантій.

3 Основними принципами державного регулювання ПМД є законність, доступність, субсидіарність і відповідальність, які спрямовані на зменшення територіальної нерівності та забезпечення партнерської взаємодії між державним і приватним секторами. Дотримання цих принципів є визначальним для формування справедливої та ефективної системи охорони здоров'я.

4 В умовах війни особливої ваги набуває координація між ключовими державними інституціями – Міністерством охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України – та місцевими органами влади. Затримки фінансування, бюрократичні бар'єри й слабка горизонтальна взаємодія знижують ефективність регулювання і потребують суттєвого оновлення механізмів управління.

5 Цифровізація є ключовим інструментом модернізації ПМД: впровадження електронної системи eHealth забезпечує прозорість фінансових потоків, оптимізацію управління пацієнтами, контроль якості послуг і покращення комунікації між медиками та населенням. Водночас необхідно подолати бар'єри, пов'язані з низькою цифровою грамотністю, технічними

обмеженнями та кібербезпекою.

6 Війна стала критичним стрес-тестом для системи первинної медичної допомоги. Частина медичних закладів була зруйнована або пошкоджена, що зумовлює необхідність їх відновлення з урахуванням принципів енергоефективності, безпеки, цифрової сумісності та стійкості до криз. Мобільні медичні бригади довели свою ефективність у кризових ситуаціях, але потребують стабільного фінансування та координації.

7 Кадровий дефіцит залишається системною загрозою для стабільності ПМД. Високе навантаження на лікарів, відтік кадрів за кордон і недостатня мотивація молодих спеціалістів обмежують можливості розвитку мережі. Розширення програм підтримки лікарів у сільських громадах і забезпечення житлом є необхідною умовою збереження кадрового потенціалу.

8 Розвиток профілактичної медицини та психічного здоров'я у межах ПМД є важливою складовою зменшення навантаження на систему охорони здоров'я та підвищення якості життя населення. Регулярні обстеження, вакцинація, телемедичні консультації та доступ до психологічної допомоги є стратегічними інструментами охорони здоров'я в умовах війни та післявоєнного відновлення.

9 У сучасних умовах особливої уваги потребує врахування потреб ветеранів і постраждалих від війни. Інтеграція психосоціальних, медичних і реабілітаційних послуг на рівні первинної ланки, створення спеціалізованих кабінетів підтримки та розширення штату психологів забезпечить комплексний підхід до цієї категорії пацієнтів та сприятиме їхній реінтеграції.

10 Підвищення управлінської спроможності керівників закладів ПМД, впровадження інструментів стратегічного планування та цифрового менеджменту сприятимуть підвищенню ефективності прийняття рішень. Залучення громад, створення дорадчих рад та партнерство з приватним сектором підвищують прозорість і довіру до системи охорони здоров'я.

11 Державне регулювання ПМД у воєнний та післявоєнний періоди має бути спрямоване на формування гнучкої, енергоефективної, цифрової та

інклюзивної системи, орієнтованої на потреби громади. Стійка первинна медична допомога є не лише елементом соціальної безпеки, а й фундаментом відновлення держави та зміцнення її інституційної спроможності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Волосовець О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Організація охорони здоров'я*. 2020. № 1. С. 20–26. URL: <https://umv.com.ua/index.php/journal/article/view/306/292> (дата звернення: 07.10.2025).
2. Гарасюк В., Макаріхіна А. Реформування охорони здоров'я з точки зору первинної меддопомоги: що важливо знати органам місцевого самоврядування. *Електронний Європейський журнал*. 2023. URL: <https://u-lead.org.ua/news/350> (дата звернення: 07.10.2025).
3. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Міжнародні науково-практичні інтернет-конференції юридичного та історичного спрямування*. URL: https://www.lex-line.com.ua/?language=ru&go=full_articl7.
4. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 123.
5. Гумін О. М., Пряхін Є. В. Адміністративно-правове забезпечення: поняття та структура. *Наше право*. 2014. № 4. С. 46–50.
6. Державний веб-портал бюджету для громадян. Київ, 2022. URL: <https://openbudget.gov.ua> (дата звернення: 07.10.2025).
7. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: наказ МОЗ України від 17.03.2022 р. № 496. *База даних «Законодавство України» / ВР України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text> (дата звернення: 07.10.2025).
8. Єдиний медичний простір України: правовий вимір: [монографія] / за заг. ред. С. Г. Стеценка. Харків: Право, 2022. 672 с.
9. Керін Бреденкамп, Далє Е., Дорошенко О., Джигир Ю., Хабіхт Я.,

Хоукінс Л., Кацага О., Майнзюк К., Пак Х., Зусь О. *Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями*. 2022.

10. Копитко М., Ткачук Д. Управління стійкістю і персоналом в організаціях та закладах охорони здоров'я у кризових ситуаціях: виклики в умовах війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № 3 (75). С. 93–101.

11. Корнілова О. В. Медична допомога як вид соціального забезпечення: дис. ... доктора філософії: 081 Право. Одеса: НУ «Одеська юридична академія», 2021. 245 с.

12. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2017. № 24(2). С. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29_11 (дата звернення: 07.10.2025).

13. Майданик Р. Договір про надання медичних послуг. *Медичне право*. 2010. № 5. С. 52

14. НСЗУ стверджує, що в Україні побільшало лікарів і медперсоналу під час війни. *Українська правда. Життя*. URL: <https://life.prawda.com.ua/society/2023/01/12/252303/>

15. Піроженко Н., Корощенко М. Роль та місце стратегічних провайдерів у процесах реформування системи охорони здоров'я в умовах євроінтеграції. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2024. № 32. С. 253–262.

16. Половян Н. С. Сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні. *Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету*. Одеса: Видавничий дім «Гельве», 2024. № 67.

17. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. *База даних «Законодавство України» / ВР України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 07.10.2025).

18. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо

підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану: Закон України від 29.07.2022 р. № 2494-IX. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2494-20#Text> (дата звернення: 07.10.2025).

19. Ромашка С. В. Роль закладів первинної медичної допомоги у запровадженні інтегрованих систем охорони здоров'я. *Український економічний часопис*. 2024. № 6. С. 120

20. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році: стат. зб. / Держстат України. Київ, 2022. 143 с. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/03/zb_snsz_21.pdf (дата звернення: 07.10.2025).

21. Стрельченко О. Г., Пастух І. Д., Доценко О. С., Бухтіярова І. Г., Кошова С. П. Захист прав працівників сфери охорони здоров'я у світлі євроінтеграційних процесів. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. № 1. С. 130–139. DOI: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2024.15>.

22. Турчин К. Аналіз діяльності медичних закладів у контексті реформування системи охорони здоров'я. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 4 (32).

23. Хмелік В. Аналіз сучасного стану та тенденції розвитку сфери охорони здоров'я України. *Herald of Khmelnytskyi National University. Economic sciences*. 2024. № 326 (1). С. 18–22.

24. Чековська І. В. Зарубіжний досвід правового забезпечення реалізації проектів єдиного медичного простору. *Ірпінський юридичний часопис*. 2020. Вип. 2 (4). С. 31–41.

25. Шопіна І. М. Адміністративно-правове забезпечення та адміністративно-правове регулювання: співвідношення понять. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2023. № 6. С. 550–554. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/294790> (дата звернення: 07.10.2025).

26. Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану

військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил: наказ МОЗ України від 25.02.2022 р. № 379. *Офіційний сайт МОЗ України*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-25022022--379> (дата звернення: 07.10.2025).

27. Всесвітня організація охорони здоров'я. *Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення*. 2024. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379577/WHOEURO-2024-10570-50342-76539-ukr.pdf?isAllowed=y&sequence=1> (дата звернення: 07.10.2025).

28. ГО «Ініціатива ХОЛОН». *Здоров'я та освіта: як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні: аналіт. огляд*. 2021. 72 с. URL: <https://nus.org.ua/wp-content/uploads/2021/03/Analitchnyu-oglyad.pdf> (дата звернення: 07.10.2025).

29. Дзвінчук Д., Баран М. Застосування діалогічної моделі змін у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні на первинному рівні. *Public Administration and Regional Development*. 2020. № 7. С. 89–108. DOI: <https://doi.org/10.34132/pard2020.07.04>.

30. Іванчов П. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. *Актуальні проблеми економіки*. 2020. Т. 228, № 6. С. 133–145. URL: https://eco-science.net/wp-content/uploads/2021/08/6.20._topic_Ivanchov-P.V.133-145.pdf (дата звернення: 07.10.2025).

31. Ляхович Г. І., Вакун О. В. Кадрова політика в закладах системи охорони здоров'я: зарубіжний досвід та проблеми в Україні. *Investytsiyi: praktyka ta dosvid*. 2025. № 2. С. 39–45. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.2.39>.

32. Медична допомога в Україні у час війни. *VoxUkraine*. URL: <https://voxukraine.org/medychna-dopomoga-v-ukrayini-u-chas-vijny> (дата звернення: 07.10.2025).

33. Олейнікова Т. Вплив запровадження лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників. *Наукові праці Київського*

авіаційного інституту. Серія: Юридичний вісник «Повітряне і космічне право». 2024. Т. 3, № 72. С. 100–106. DOI: <https://doi.org/10.18372/2307-9061.72.19066>.

34. Олейнікова Т. Вплив запровадження лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників. *Scientific Works of National Aviation University. Series: Law Journal «Air and Space Law»*. 2024. Т. 3, № 72. С. 100–106. DOI: <https://doi.org/10.18372/2307-9061.72.19066>.

35. Подоляк Л. Ринок у заморозці: як державне втручання у маркетинг майже зупинило фармацевтичну галузь. *Українські Національні Новини (УНН)*. URL: <https://unn.ua/news/rynok-u-zamoroztsi-yak-derzhavne-vtruchannia-u-marketynh-maizhe-zupynylo-farmatsevychnu-haluz> (дата звернення: 07.10.2025).

36. Правило О. Правове регулювання охорони здоров'я в Україні. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2024. № 3. С. 390–395. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2024.03.67>.

37. Самоврядування в системі охорони здоров'я: першочергові завдання для України. *Здоров'я України – Health.ua*. URL: <https://health-ua.com/article/33866-samovryaduvannya-v-sistem-ohoroni-zdorovya-pershochergov-zavdannya-dlya-ukr> (дата звернення: 07.10.2025).

38. Середня зарплата в Польщі у 2025 році за професіями. *EUROPORTAL*. URL: <https://europortal.biz.ua/evropa/polshha/zarplata-v-polshhi.html> (дата звернення: 07.10.2025).

39. Скільки заробляють українські лікарі у 2025 році: рейтинг найприбутковіших спеціальностей. *Незалежний громадський портал*. URL: <https://ngp-ua.info/2025/03/78184> (дата звернення: 07.10.2025).

40. Сумець О., Перог Т. Проблеми управління середнім медичним персоналом вітчизняних закладів охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № 3(75). С. 102–107. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-102-107>.

41. Теремецький В., Дуліба Є., Астаф'єв Д. Класифікація форм корупції у сфері охорони здоров'я: аналіз та пропозиції щодо гармонізації. 2024. DOI:

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14212842>.

42. Шевчук Р. Аналіз проблем реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 6. С. 178–183. DOI:

<https://doi.org/10.32782/tnu-2663-6468/2022.6/28>.

43. Collier R. Professionalism: the privilege and burden of self-regulation. *Canadian Medical Association Journal*. 2012. Т. 184, № 14. С. 1559–1560. DOI:

<https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4286>.

44. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Twenty-second session, 2000)*. U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

45. Doctor salary in Germany in 2025: an overview. *Leverage Edu*. URL: <https://leverageedu.com/learn/doctor-salary-in-germany/> (дата звернення: 07.10.2025).

46. Fedorovych I. M. Theoretical and practical principles of realization of health insurance in Ukraine. *Naukovyj Visnyk Mizhnarodnoho Humanitarnoho Universytetu*. 2017. Vol. 23(2). P. 76–80.

47. Nikolina I. I., Makhnachova N. M., Kuzinska V. A. Ukraine's policy on brain drain in the wartime and post-war periods. *Naukovyi Visnyk Natsionalnoho Hirnychoho Universytetu*. 2024. № 4. С. 149–156. DOI:

<https://doi.org/10.33271/nvngu/2024-4/149>.

48. Rosenfeld M., Sajo A. *The Oxford Handbook of Comparative Constitutional Law*. Ed. Susanne Baer. Oxford: Oxford University Press, 2012.

ДОДАТКИ

АНКЕТА ОПИТУВАННЯ**«Оцінка проблем та викликів державного управління у сфері первинної медичної допомоги в Житомирській області (2024–2025 рр.)»**

Мета опитування: виявити основні проблеми, потреби та бар'єри у діяльності первинної медичної допомоги для удосконалення управлінських рішень та підвищення якості медичних послуг у регіоні.

Опитування є анонімним. Отримані результати будуть використані лише у наукових та аналітичних цілях.

1. Загальна інформація

1.1. Ваш вік:

- до 30 років 31–45 років 46–60 років понад 60 років

1.2. Ваша стать:

- Чоловіча Жіноча

1.3. Ваша роль у системі первинної медичної допомоги:

- Пацієнт Медичний працівник Адміністрація закладу Інше (вказіть)

1.4. Тип закладу, з яким Ви взаємодієте:

- Сімейна амбулаторія Центр ПМД Приватна практика ФАП / медпункт

1.5. Місце розташування закладу:

- Місто Селище Село

2. Доступність і якість медичних послуг

2.1. Як Ви оцінюєте доступність первинної медичної допомоги у Вашій громаді?

- Дуже висока Достатня Обмежена Незадовільна

2.2. Чи відчуваєте Ви дефіцит сімейних лікарів або середнього медичного персоналу у Вашому населеному пункті?

- Так Частково Ні

2.3. Наскільки легко записатися на прийом до лікаря (у тому числі онлайн)?

- Дуже легко Помірно легко Важко Практично неможливо

2.4. Як Ви оцінюєте якість надання медичних послуг на первинному рівні?

- Висока Задовільна Посередня Низька

2.5. Які проблеми у роботі закладу Ви вважаєте найактуальнішими (можна обрати кілька варіантів):

- Недостатнє фінансування Нестача кадрів Застаріле обладнання
 Невідремонтовані приміщення Брак ліків Відсутність транспорту
 Велике навантаження на лікарів Недостатній рівень цифровізації
 Інше (вказіть): _____

3. Кадрові та управлінські аспекти

3.1. Чи вважаєте Ви рівень заробітної плати медичних працівників достатнім?

- Так Частково Ні

3.2. Чи існують у Вашому закладі стимули для підвищення кваліфікації або професійного розвитку?

- Так Частково Ні

3.3. Як Ви оцінюєте ефективність управління закладом первинної допомоги?

- Висока Середня Низька Важко відповісти

3.4. Чи відчуваєте Ви підтримку з боку місцевих органів влади у розвитку медичної інфраструктури?

Так Частково Ні

3.5. Які управлінські проблеми є найактуальнішими у Вашому закладі?

- Нестача фінансової автономії
 Брак прозорого розподілу ресурсів
 Відсутність чітких критеріїв ефективності
 Надмірна бюрократія
 Інше (вказіть): _____

4. Інфраструктура та технічне забезпечення

4.1. Чи відповідає приміщення Вашого закладу санітарним і технічним вимогам?

Так Частково Ні

4.2. Як Ви оцінюєте стан медичного обладнання?

Сучасне Застаріле, але придатне Потребує оновлення Відсутнє

4.3. Чи має Ваш заклад стабільний доступ до інтернету та електронної системи охорони здоров'я (eHealth)?

Так Частково Ні

4.4. Чи є у Вас досвід використання телемедичних консультацій?

Так, регулярно Рідко Ні

5. Психічне здоров'я, комунікація та взаємодія

5.1. Чи готові лікарі у Вашому закладі надавати базову психологічну підтримку пацієнтам?

Так Частково Ні

5.2. Наскільки ефективна комунікація між лікарями, адміністрацією та місцевою владою?

Висока Середня Низька

5.3. Які соціальні групи, на Вашу думку, мають найбільші труднощі в отриманні ПМД?

Люди похилого віку ВПО Ветерани війни Сім'ї з дітьми Інші _____

6. Пропозиції щодо покращення

6.1. Які зміни Ви вважаєте найнеобхіднішими для покращення роботи ПМД у Вашій громаді?

(Відкритий тип відповіді)

6.2. На Вашу думку, які напрями державної політики потребують першочергового посилення?

- Підвищення фінансування ПМД
 Оснащення медичних пунктів
 Кадрове забезпечення
 Розвиток електронної системи eHealth
 Розширення психосоціальної допомоги
 Інше _____

Дякуємо за участь!

Ваші відповіді допоможуть сформуванню об'єктивну оцінку стану первинної медичної допомоги в Житомирській області та розробити практичні рекомендації для удосконалення державного управління у цій сфері.